UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1967 — N°

L'ASTHME DE L'ADOLESCENT

Recherches Etiologiques et Déductions Pratiques

Thèse présentée et soutenue publiquement
le 30 Novembre 1967
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Gérard ROTHHAHN
Ancien Externe des Hôpitaux de Nancy
Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
né le 13 octobre 1943 à Asnières (Hauts-de-Seine)

Examinateurs de la Thèse :

MM. NEIMANN, Professeur ..... Président

CUNY, Professeur .....
GRILLIAT, Maître de Conférences Agrégé ..... Juges
LAXENAIRE, Maître de Conférences Agrégé ..

IMPRIMERIE RÉGNIÈRE - DOMBASLE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555003_0011

L'ASTHME DE L'ADOLESCENT

Recherches Etiologiques et Déductions Pratiques

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITÉ DE NANCY
FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. A. BEAU
Assesseur : M. C. BURG

Doyens honoraires
MM. LUCIEN, SIMONIN

Professeurs honoraires
MM. JEANDELIZE, SAINTENOISE, CHAILLEY-BERT, HAMANT, MUTEL, FRANCK, MELNOTTE, VERMELIN, HOUPERT, BODART

Professeurs

Anatomie	M. CAYOTTE
Anathomie pathologique	M. FLORENTIN
Bactériologie et parasitologie	M. HELLUY
Chimie biologique	M. WOLFF
Clinique chirurgicale A	M. CHALNOT
Clinique chirurgicale B	M. BERTRAND
Clinique chirurgicale infantile	M. BEAU
Clinique chirurgicale et gynécologique	N...
Clinique dermato-syphiligraphique	M. BEUREY
Clinique médicale A	M. HERBEUVAL
Clinique médicale B	M. KISSEL
Clinique de neurologie et psychiatrie	M. ARNOULD G.
Clinique de neuro-chirurgie	M. LEPOIRE
Clinique obstétricale	M. HARTEMANN

Clinique ophtalmologique	M. THOMAS
Clinique oto-rhino-laryngologique	M. GRIMAUD
Clinique de pédiatrie et puériculture	M. NEIMANN
Clinique de pneumo-phtisiologie	M. LAMY
Clinique rhumatologique	M. LOUYOT
Clinique stomatologique	M. GOSSEREZ
Clinique des voies urinaires	M. GUILLEMIN
Electro-radiologie clinique	M. ROUSSEL
Embryologie	M. DOLLANDER
Histologie	M. LEGAIT
Hydrologie thérapeutique et pharmacologie	M. LAMARCHE
Hygiène et médecine sociale	M. SENAULT
Médecine légale	M. HEULLY
Médecine du travail et réadaptation	M. PIERQUIN
Pathologie chirurgicale	M. LOCHARD
Pathologie médicale	M. HARTEMANN
Physiologie	M. ARNOULD P.
Physio-pathologie respiratoire	M. SADOUL
Physique	M. BURG
Clinique chirurgicale traumatologique	M. SOMMELET
Thérapeutique	M. FAIVRE

Professeurs à titre personnel

MM. DUREUX, de LAVERGNE, RAUBER, PIERSON

Professeurs sans chaire

MM. CORDIER, CUNY, DEBRY, GROSS, LARCAN, PAYSANT, RIBON, RICHON, SCHMITT

Maîtres de conférences agrégés

Anatomie et chirurgie générale	N...
Anatomie pathologique	N...
Anesthésiologie	M. PICARD
Bactériologie	M. BURDIN
Carcinologie	M. CHARDOT
Chimie	M. NABET
Chirurgie	M. BESSOT
Electroradiologie	N...
Electroradiologie	Mme TREHEUX
Electroradiologie	M. BERNADAC
Electroradiologie	M. HOEFFEL
Hématologie	M. STREIFF
Hématologie	M. PETERS
Histologie	M. GRIGNON
Hygiène	M. FOLIGUET
Médecine et thérapeutique	M. BABEAU
Médecine et thérapeutique	M. GAUCHER
Médecine et thérapeutique	M. GILGENGRANTZ
Médecine et thérapeutique	M. GRILLIAT
Médecine et thérapeutique	N...
Médecine légale	M. de REN
Neuro-chirurgie	M. MONTAUT
Neurologie et psychiatrie	M. TRIDON
Neurologie et psychiatrie	M. LAXENAIRE
Pathologie expérimentale	M. LACOSTE
Pharmacologie	N...

Pédiatrie et puériculture	M. MANCIAUX
Pneumo-phtisiologie	M. ANTHOINE
Physiologie	M. BOULANGÉ
Physiologie	M. BOURA
Physiologie	M. BOUVEROT
Physique	M. MARTIN
Physique	M. ROBERT

Agrégés en exercices

Chirurgie	M. BENICHOUX
Chirurgie	M. MICHON
Chirurgie	M. GROSDIDIER
Chirurgie	M. PREVOT
Chirurgie	M. VICHARD
Chirurgie	M. FRISCH
Médecine	M. HURIET
Médecine légale et médecine du travail	M. PERNOT
Ophtalmologie	N...
Oto-rhino-laryngologie	M. WAYOFF

Agrégés libres

M. ANDRÉ, ARNULF, ALGAN

Secrétaire : M. SEUROT

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les improuver.

A notre Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR NEIMANN
Professeur de Clinique de Pédiatrie et Puériculture

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A nos Juges

M. le Professeur CUNY

Professeur sans Chaire

Au cours de deux semestres d'externat passés à la Maison de Secours, nous avons pu bénéficier de la clarté de son enseignement, dispensé avec beaucoup de dynamisme et de rigueur.

Nous le remercions pour la constante bienveillance dont il a fait preuve à notre égard et le prions de bien vouloir accepter ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

M. le Professeur Agrégé GRILLIAT

Maître de Conférence Agrégé de Médecine et Thérapeutique

Il nous a inspiré ce travail, après nous avoir intéressé à ce sujet par son enseignement précis, clair, et par son sens clinique que nous avons pu admirer pendant deux semestres d'externat passés dans son service.

Nous tenons à lui exprimer nos remerciements pour son incomparable disponibilité et sa bienveillance à notre égard et à l'assurer de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

M. le Professeur Agrégé LAXENAIRE

Maître de Conférence Agrégé de Neurologie et Psychiatrie

Il a bien voulu s'intéresser à notre travail et nous a fait le grand honneur de le juger.

Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre respectueuse gratitude.

A. M. le Professeur Agrégé FRANCILLON

Professeur Agrégé à la Faculté de Lyon

Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a fait l'honneur de s'intéresser à nous au cours de nos études.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueux attachement et de notre reconnaissance.

A Mademoiselle LECOMTE

Attachée de Psychologie au Service de Médecine D

Nous avons pu apprécier son amabilité et sa compétence, et bénéficier de ses conseils.

Nous tenons à lui exprimer nos remerciements et à l'assurer de notre gratitude.

A M. le Médecin Général Inspecteur BORON

Professeur Agrégé du Val-de-Grace
Directeur de l'Ecole du Service de Santé des Armées
et de l'Hôpital d'Instruction des Armées « Desgenettes » - Lyon
Commandeur de la Légion d'Honneur

A M. le Médecin Colonel JUDEAU

Neuro-Psychiâtre des Hôpitaux des Armées
Médecin-Chef de l'Hôpital des Armées « Sédillot » - Nancy
Chevalier de la Légion d'Honneur

A M. le Médecin Commandant HENRY

Ophtalmologiste des Hôpitaux des Armées
Commandant le Détachement E.S.S.M. de Nancy

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

trop précocement disparu, dont l'exemple a inspiré ma vocation médicale.

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

de l'Externat des Hôpitaux de Nancy
et du Détachement de l'Ecole de Service de Santé Militaire de Nancy

SERMENT

Sur ma conscience, en présence de mes Maîtres et de mes Condisciples, je jure d'exercer la Médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur, et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la société.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Dans le cadre des activités du Service de Médecine D du Professeur Agrégé GRILLIAT, nous nous sommes intéressés à la maladie asthmatique et, ayant remarqué le nombre relativement restreint d'études portant sur ce sujet, nous nous sommes penchés plus spécialement sur l'asthme de l'adolescent, afin de voir s'il présentait des caractères particuliers par rapport à l'asthme de l'enfant et de l'adulte qui ont fait, au contraire, l'objet de très nombreux travaux.

Il existe en effet un certain nombre de problèmes spécifiques de l'adolescence. C'est le cas de la crise pubertaire qui n'est généralement pas résolue à 15 ans, et la manière avec laquelle l'adolescent abordera et vivra la sexualité, pourra avoir des répercussions sur l'ensemble de sa vie.

D'autre part, cet âge correspond au dégagement progressif du cadre familial et à l'insertion sociale dans le monde adulte et l'adolescent n'y parviendra souvent qu'au prix de mille difficultés.

Enfin, de très nombreux sujets traversent entre 15 et 21 ans une crise dite « d'adolescence », plus ou moins longue, plus ou moins importante, mais rarement absente ; cette crise associe souvent des difficultés familiales, sexuelles et d'insertion sociale.

Pour s'insérer dans le monde, le sujet devra également accroître son potentiel intellectuel en poursuivant des études ou, celles-ci ayant été volontairement interrompues ou ayant tourné court, il apprendra un métier dans un collège d'enseignement technique ou de formation professionnelle, ou bien directement en exerçant d'emblée, et à qualification moindre, ce métier.

Dans ce contexte, quelle forme prendra la maladie asthmatique et réciproquement, quelles modifications pourra-t-elle engendrer chez cet adolescent ?

On sait en effet que la maladie est multiple dans ses causes et ses interférences, bien qu'homogène cliniquement, et cela aura de grosses conséquences sur le plan thérapeutique. Notre propos est donc de dégager les caractéristiques étiologiques particulières de l'asthme de l'adolescent.

HISTORIQUE

HISTORIQUE

La maladie asthmatique est connue de tout temps (HIPPOCRATE, GALLIEN, AVICENNE, X[e] siècle, THOMAS, WILLIS, XIII[e]), mais comprend trois périodes principales :

1) Une période d'observation, de description, marquée notamment par LAENNEC, XIX[e], qui insiste sur le rôle du « spasme » et de la peur et surtout par TROUSSEAU dont la très fameuse auto-observation est un modèle du genre, car elle comprend déjà implicitement presque tout ce que nous connaissons actuellement de la maladie.

2) Une période de recherche qui s'étend jusqu'à l'époque actuelle, où les auteurs ont étudié, chacun dans leur spécialité, les facteurs et la psychogenèse de l'asthme. De très nombreux noms seraient à citer ici, tant dans l'étude de la régulation de la motricité bronchique, des facteurs infectieux (bronchiques, ORL et à distance) que des facteurs endocriniens. Les deux étapes les plus marquantes en furent sans doute : la découverte de l'allergie, puis son application à l'asthme, introduite surtout par WIDAL et F. BESANÇON d'une part, et d'autre part l'essor de la psychanalyse et de la médecine psychosomatique, puis leur application à l'asthme qui permirent, malgré quelques excès, de mieux connaître le rôle du psychisme dans l'asthme ; les auteurs américains ayant joué un rôle très important dans ce domaine.

3) Enfin, il semble que nous assistions actuellement à une période de tentative de synthèse. De nombreux auteurs essayent en effet de regrouper toutes ces notions souvent éparses et ont une conception beaucoup plus globale de la maladie. Cette utile synthèse doit beaucoup à des auteurs tels que PASTEUR, VALLERY-RADOT, JACQUELIN, TURIAF, KOURILSKY et à leurs nombreux collaborateurs.

CHAPITRE I

RECRUTEMENT ET MÉTHODE DE TRAVAIL

RECRUTEMENT ET MÉTHODE DE TRAVAIL

1 — LIMITE D'AGE

Nous avons situé l'adolescence dans une tranche d'âge allant de 15 à 21 ans. Pourquoi ces limites qui peuvent sembler arbitraires ?

— En ce qui concerne la limite inférieure de 15 ans, deux ordres de raisons nous ont guidé :

— d'une part, des raisons de recrutement inhérentes au service, les malades de moins de 15 ans étant adressés au Service de Pédiatrie.

— D'autre part, la puberté étant un facteur de perturbation notable, nous avons voulu le mettre en dehors de notre étude qui commence donc après l'âge pubère. Toutefois, cette discrimination que nous avons recherchée est apparue à l'expérience assez artificielle et, à plusieurs reprises, nous aurons l'occasion de revenir sur les interférences entre développement pubertaire et asthme.

— Quant à la limite supérieure, elle marque officiellement l'âge de la majorité et au-dessus, nous nous situerions dans la catégorie des jeunes adultes, mais elle présente aussi pour les garçons des incidences militaires. Dans le cadre de la médecine militaire et de la visite d'incorporation, les médecins militaires ont d'ailleurs étudié soigneusement le problème et nous nous référerons souvent à leurs travaux (BERNARD, MASBERNARD, JARRET, ROUMAGOUX, PIROLLET, SOUQUET, etc.).

2 — RECRUTEMENT

Nous disposons de 40 observations de jeunes asthmatiques. Le recrutement de ces observations, recueillies entre 1964 et 1967, a été double :

— les uns ont été hospitalisés au Service de Médecine D;

— les seconds ont été vus à la consultation d'allergologie du Service

Ceux-ci, au nombre de 19, ont eu un bilan moins complet que les 21 malades hospitalisés, mais nous disposons cependant pour toutes ces observations d'éléments homogènes, à savoir :

— un interrogatoire minutieux et complet;

— un examen clinique;

— une (ou plusieurs) batterie de tests allergologiques;

— un examen psychologique comportant un entretien et des test dont le Rohrschach est le plus constant (quasi totalité des observations).

D'autres éléments ont été recueillis le plus souvent possible mais surtout quand il y a eu hospitalisation, à savoir :

— un examen ORL;

— une radio pulmonaire, bronchoscopie et bronchographie lipiodolée ;

— des examens biologiques (notamment éosinophilie).

3 — MÉTHODE DE TRAVAIL

Nous avons établi pour chaque malade une fiche-type d'asthmatique, du même type que celle utilisée au Service de Médecine D et que nous reproduisons ici :

OBSERVATION D'ASTHMATIQUE

I. — IDENTIFICATION

— Nom, Prénom
— Age en 1967 ou date de naissance
— Sexe
— Adresse complète
— Résidence antérieure (ville ou campagne)
— Situation familiale :
  * Célibataire - marié (e) - veuf (ve)
  * frères et sœurs
  * place dans la fratrie
  * structure du couple parental (ou des substituts)
— Autre

II. — MILIEU SOCIO-PROFESSIONNEL

— Conditions d'habitation
  * HLM - maison individuelle - autre
  * Vétuste - intermédiaire - récente
  * Humide ou sec
  * Nombre de personnes - nombre de pièces
  * Cohabitation (parents - beaux-parents)
  * Divers (travaux récents?)

— Conditions de travail
  * Non actifs : écolier, lycéen, apprenti, enseignement technique, ménagère
  * Actifs : activité principale, secondaire
    qualification dans la profession :
    — cadre, technicien, maîtrise
    — employé - manœuvre - OS - OP
    — ouvrier sans qualification précise
    — artisan - profession libérale
    — autre
  * Horaire de travail
  * Stabilité et satisfaction professionnelle
  * Milieu de travail
    — physiquement (efforts, fatigue, etc.)
    — psychiquement (fatigue musculaire ou psychique)
    — ambiance de travail (froid, danger, etc.)

III. — ANTÉCÉDENTS

A) Familiaux

  * Allergiques cutanés (eczéma, urticaire, autre)
    respiratoires (asthme)
    divers
  * Non allergique (expliciter)
  * Parenté de la personne malade

B) **Personnels**

1°) Manifestations cutanées ou sous-cutanées
(à expliciter) : urticaire, œdème de Quincke, eczéma, prurigo, furonculose, croûte de lait.

2°) **ORL**
* Antécédents d'otite, sinusite, coryza banal, pollinose, angine, intervention ORL.

3°) Manifestations pulmonaires
* bronchiques, parenchymateuses (B.K., autre), autres.

4°) Autres (divers)
* Rhumatismes, diabète, céphalées, goutte, migraines vraies, oculaires (conjonctivite, etc.), etc.

IV. — **ASTHME**

A) Clinique - Histoire

* Début : âge
circonstances
* Evolution : progressive, régressive, récurrente, stable, autre, cures effectuées, effets
* Fréquence et durée actuelle des crises
* Saison - jours
* Horaire : matin, journée, soir, nuit (1re ou 2e moitié)
* caractéristiques des crises :
  — symptomatologie nasale (gêne, obstruction, éternuement, coryza)
  — symptomatologie bronchique (toux, dyspnée, expectoration)
  — symptomatologie associée ou alternée (urticaire, eczéma) (photo-sensibilisation - dermographisme)
  — symptomatologie associée lors de la crise : cardiovasculaire, digestive, nerveuse.

B) Circonstances favorisantes

* Conditions météorologiques : soleil, brouillard, pluie, vent, photo-sensibilité.
* Conditions somatiques : effort physique, surcharge nerveuse.

* Facteurs endocriniens :
  règles : favorisantes, inhibantes
  grossesse : favorisante, inhibante
  puberté : favorisante, inhibante
* Facteurs ORL actuels
* Facteurs digestifs
* Infections bronchiques ou pulmonaires
* Contact avec les animaux : lesquels ?
* Prise de médicaments
* Crises en milieu de travail, au domicile
* Divers

C) Examen

* Appareil pleuro-pulmonaire
  — aspect constitutionnel
  — auscultation en crise
  hors crise
* Appareil cardio-vasculaire
* Système nerveux
* Appareil génito-urinaire - cycles
* Appareil digestif : dentition, troubles gastriques, biliaires, intestinaux (diarrhée, constipation, alternance des deux, colite)
* Divers

D) Examens complémentaires et biologie

* Radio pulmonaire ± scopie
* Bronchoscopie
  Lipiodol
* ECG
* Exploration fonctionnelle
* Examen ORL
  normal
  anormal (allergique, non allergique)
* Eosinophilie - sang - crachat
* Autre

E) Allergie

* Tests d'allergie :

  (poussière, farine, squames d'animaux, pollen, graminées, herbacées, arbres — mycose : candidine, autre, — microbienne : streptocoque, autre germe, CCB, tuberculine, trophallergies professionnelles : ménagère, de soins, digestives, médicamenteuses, autre)

* Test de Shelley

F) Facteur psychologique

a) *Données objectives*

* Structure familiale : normale, divorce, abandon, placements, etc.
* Antécédents familiaux d'ordre psychologique
* Caractère des parents
* Histoire événementielle : traumatisme psychosociaux, deuils, séparations, changement d'orientation, difficultés financières, autres...
* Comportement - dystonie neuro-végétative ?
* Autre

b) *Données d'examen*

* Anxiété : importance, nature
* Affectivité : agressivité, passivité, affectivité pauvre ou bloquée, introversion, extraversion, égocentrisme, etc.
* Sexualité : comportement, résultat du Rohrschach
* Immaturité - Infantilisme
* Dépendance - indépendance
* Images parentales au Rohrschach : paternelle, maternelle
* Autre

c) *Conclusions*

* Psychose
* Névrose familiale
* Conclusion sur l'importance du facteur psychologique : nul - mineur - modéré - important - étiologie psychogène
* MMPI et autres particularités
* Autres

V. — TRAITEMENT ET ÉVOLUTION

— Nature du traitement médical entrepris

  * médicamenteux - symptomatique - désinfection - désensibilisation - autre (cures)

— Traitement à visée psychothérapique entrepris et évolution :

  * psychothérapie à minima - de soutien
  * psychothérapie effective - spécialiste
  * psychothérapie par adjuvants : training, gymnastique respiratoire, placement spécialisé
  * Autre

— Conséquences sociales de la maladie

  * Suites professionnelles : poursuite normale, reclassement, changement d'orientation, placement en milieu spécialisé, autre
  * Suites pédagogiques : changement d'orientation, poursuite satisfaisante, milieu spécialisé ± cures, autre

VI. — CONCLUSIONS

— Conclusion et résumé sommaire

— Classification de l'asthme du sujet : à prédominance :

* Allergique	± inf.	± endocr.	± Psy. soc.
* Infectieuse	± all.	± endocr.	± Psy. soc.
* Endocrinologique	± all.	± inf.	± Psy. soc.
* Psychosociale	± all.	± inf.	± endocr

Nous avons donc rempli ces quarante observations-type et en avons tiré une dizaine de grands tableaux récapitulatifs à partir desquels nous essaierons de préciser les caractères de l'asthme de l'adolescent.

4. — HOMOGÉNÉITÉ DE CES OBSERVATIONS

Cette façon de procéder, utilisée au Service, présente de nombreux avantages du point de vue de l'homogénéité de nos observations.

L'interrogatoire qui tient compte de tous les contextes, est conduit de la même façon par tous les membres du service, et donne les mêmes renseignements pour chaque asthmatique. Chaque élément a été ainsi obtenu par les mêmes personnes travaillant en commun dans une même équipe, et nous insistons sur la part de l'examen

allergologique, l'allergologie constituant une orientation importante du Service depuis dix ans, et de l'examen psychologique, effectué par deux psychologues particulièrement qualifiées, puisqu'attachées au Service et travaillant selon les mêmes critères, conjointement avec les médecins, sur ce problème de l'asthme, depuis quatre ans.

CHAPITRE II

IDENTIFICATION

I. — L'AGE

Nos quarante observations se répartissent ainsi :

15 ans	9 sujets	22,5 %
16 ans	7 sujets	17,5 %
17 ans	7 sujets	17,5 %
18 ans	9 sujets	22,5 %
19 ans	2 sujets	5 %
20 ans	3 sujets	7,5 %
21 ans	3 sujets	7,5 %

Donc, 32 de nos sujets, soit 80 %, ont entre 15 et 18 ans, ce qui centre plus ce travail sur l'adolescence dans la mesure où l'on pourrait trouver élevée la limite supérieure d'âge fixée.

II. — LE SEXE

Ayant pris le tout-venant des malades avec le seul souci d'avoir des observations complètes et homogènes, nous avions pris indifféremment des sujets de sexe masculin ou féminin; le chiffre obtenu de 20 garçons et de 20 filles n'est donc pas dû à un souci de notre part d'équilibrer les deux groupes. Nous pensons donc qu'on peut en conclure qu'il n'y a pas chez l'adolescent prédominance d'un sexe par rapport à l'autre et ceci est intéressant car l'on sait que dans certaines catégories d'âge, il y a une discordance nette avec prédominance féminine (45 à 60 ans).

III. — FACTEUR GÉOGRAPHIQUE

Une enquête sur les facteurs étiologiques de l'asthme en général avait été effectuée au Service de Médecine D par le Professeur Agrégé Grilliat, Madame J. Fau et le Docteur Bourgaux. Nous en avons repris les critères, pour juger du facteur géographique, en répartissant les habitations en ville, campagne et périphérie, ce qui nous donnait 17 citadins (42,5 %), 9 « périphériques » (22,5 %) habitant en banlieue proche de la campagne ou dans de petites villes, et 14 habitants de la campagne (35 %). 65 % de nos sujets sont donc en rapport avec les substances nocives des villes (Mill. R. A. et coll.).

Nous avions demandé à nos sujets s'ils avaient eu une résidence antérieure à celles qu'ils occupaient quand nous les avons vus. Les

réponses ont été significatives 4 fois (10 %), le changement de résidence ayant entraîné une modification évolutive de la maladie : l'une de nos patientes rentrant de Tunisie puis de Marseille; une autre rapatriée d'Algérie en 1962; un troisième ayant vécu à Cuba, Mexico et au Vénézuéla, sont venus habiter dans notre région. La plus intéressante est l'observation d'une jeune femme qui a réalisé l'inverse d'une cure climatique, en passant d'une zone climatique privilégiée (Briançon) au climat moins favorable de la Lorraine. Il va sans dire que sa maladie asthmatique s'en est fort mal trouvée (obs. 17).

(TABLEAU n° 1)

TABLEAU I : Identification - situation familiale

N°	Age de l'obs.	Sexe	ADRESSE - BIOGRAPHIE Ville	Campagne	Périph.	Résid. antér.	SITUATION FAMILIALE Célib.	Marié	Nb. F & S	Rang dans frat.	Structure du couple parental - Substituts etc.. Divorces, deuils discordes, placement, etc...
1	20	♀			+		+		5	5°	Normal
2	I8	♀	+				+		5 puis 4	4° puis der.	Normal
3	21	♀			+	Tunisie Marseil.		+ 1 enf.	1	lère	Normal mais désaccord ++ (1 enfant 1½ mois (père : maitresse) mère dépression
4	I6	♂		+			+		I0	2ème	Normal
5	I6	♂		+			+		7	ler	Normal mais élevé en nourrice les 5 premières années de la vie
6	I8	♀		+			+		9	2ème	Normal
7	I5	♀		+			+		2	2ème	Normal
8	15,½	♂	+				+		4	ler	normal mais absentéisme fréquent du père
9	I7	♀			+		+		8	2ème	Normal
I0	21	♀	+				+		7	4ème	A : mère veuve depuis 1945, elle est fille-mère, 1 enfant 3 ans
11	15½	♂	+			vie itiné. Cuba, Mexico, Vénézu.	+		3	ler	Normal mais vie itinérante
12	20	♂	+				+		6	5ème	A : assistance publique, nb placements ++
13	I5	♂		+			+		7	2ème	Normal mais nombreux placements
14	I7	♀			+		+		1	1	normal
15	I9	♂		+			+		3	3ème	Normal mais parents assez âgés
16	I7	♂		+			+		2	ler	Normal
17	20	♀		+		Briançon		+ 1 enf.	3	2ème	Normal
18	I7	♀		+	+		+		3	ler	Normal
19	I8	♂		+			+		2	2ème	A : mère veuve depuis 1965 (61 an
20	I8	♂	+			Séremange (57)	+		6	6ème	Normal
21	I6	♀	+				+		3	3ème	A : mère veuve depuis 1958 (suicide du père)
22	I8	♂	+				+		8	5ème	Normal
23	I7	♂		+			+		6	2ème	Normal
24	I7	♀			+		+		3	lère	Normal
25	I8	♂	+				+		2	2ème	A : abandon à 16 mois, recueilli par oncle et tante
26	I5	♀		+			+		4	4ème	Normal
27	I6	♀	+			Algérie	+		3	2ème	Normal
28	I6	♀		+			+		2	2ème	Normal mais parents assez âgés (père en retraite)
29	I8	♀	+				+		7	3ème	Normal
30	I7	♀		+			+		8	8ème	Normal
31	21	♂	+				+		3	ler	A mère veuve, père + (8 ans) quand il avait 8 ans
32	I8	♂			+		+		6	ler	Normal
33	I5	♂	+			Doug	+		3	2ème	norm. mais père soigné hôpital psychia. pour T.S. et dépression
34	I9	♀			+		+		4	2ème	normal
35	I6	♂	+				+		5	3ème	A père + en 1963, mère remariée
36	I6	♀		+			+		3	2ème	Normal
37	I8	♂	+				+		7	Ier	Normal
38	I5	♀	+				+		1	1	A mère veuve, père + qd elle avai 6 ans
39	I6	♂	+				+				Normal
40	I6	♂			+		+		4	ler	A parents divorcés, mère vivant en concubinage, père remarié, 5 enf.

CHAPITRE III

SITUATION FAMILIALE

SITUATION FAMILIALE

Le cadre familial dont l'asthmatique est issu revêt souvent une importance capitale, surtout du point de vue psychologique, mais les auteurs ne sont pas toujours en accord sur ce point. Si Gau insiste sur les anomalies fréquentes des milieux familiaux et la nécessité de placer l'enfant quand existent de gros problèmes sociaux (parents alcooliques, foyers détruits, etc.) et si Duchene et Lotte dans un rapport « aux journées d'études consacrées aux problèmes médico-physiologiques et socio-économiques en pneumophtisiologie infantile » au Roc des Fizes en 1959, notent un nombre élevé de garçons asthmatiques ayant eu plus fréquemment une mère au foyer, Terrel note, lors de ces mêmes journées, que le « milieu social semble indifférent comme facteur déclenchant, de même que les altérations de structure familiale ». Qu'en est-il ?

I. — STRUCTURE DU COUPLE PARENTAL

Nous avons considéré le milieu familial comme normal quand les parents étaient tous deux en vie, constituant une structure familiale correcte, et quand l'adolescent avait passé son enfance parmi eux et non quand il en avait été séparé longtemps pour une raison ou une autre (placements nombreux ou longs, absentéisme fréquent d'un des parents, etc.).

Dans ces conditions, nous n'avons trouvé que 23 fois un milieu parental normal, soit dans 57,5 % des cas. Autrement dit, dans 42,5 % des cas le milieu parental est sinon anormal, du moins perturbé.

Il est franchement anormal dans 9 cas, soit dans 22,5 % des cas. Sur ces 9 cas, il existe 6 fois un veuvage plus ou moins récent de la mère (soit 15 % des cas). Cette absence paternelle que l'on peut considérer comme fréquente, induit de multiples modifications dans la vie familiale :

— bien souvent, elle impliquera une situation sociale difficile, obligeant la mère à travailler pour subvenir aux besoins de la famille, compromettant souvent les études que le sujet aurait pu suivre, l'obligeant à travailler lui-même assez jeune, d'où souvent une insatisfaction fondamentale de ce sujet;

— le décès paternel aura également des répercussions considérables sur l'évolution psychologique du sujet, et ce d'autant plus que ce décès se sera produit plus tôt. En effet, le sujet se fixera plus étroitement à sa mère, ce qui entraîne fréquemment une régression affective. Ce fait est noté également par JARRET, MASBERNARD et BERNARD qui constatent le veuvage de la mère dans 10 % des cas (sur 75 sujets) ;

— enfin, cette absence pourra entraîner indirectement une difficulté à aborder la vie sexuelle, le garçon ne pouvant s'identifier à son père, la fille ne pouvant, à travers lui, se faire une image satisfaisante de l'homme.

Ces facteurs sociaux et psychologiques s'intriquent et augmentent réciproquement leurs effets néfastes. La conclusion de l'examen psychologique de ce jeune homme : Nic... P., 20 ans (obs. 31) illustre bien ces faits :

> « M. Nic... a une situation familiale particulière. Orphelin de père vers l'âge de 8 ans, il a été élevé par une mère âgée responsable de deux frères puînés. Il s'est très fortement identifié à une image paternelle idéalisée, en même temps que privé d'une image paternelle réelle, il n'arrivait pas à se structurer ni à se libérer vis-à-vis de sa mère. Frustré aussi sur le plan intellectuel par le fait de ne pouvoir poursuivre des études enviées, et cela par nécessité d'assumer les charges matérielles du foyer, frustré d'autant plus qu'il voudrait compenser ses difficultés affectives par une réussite culturelle et sociale, le garçon a développé d'une part un sentiment aigu d'infériorité, d'autre part des mécanismes de défense en se jetant à corps perdu dans le sport de compétition... »

A propos de ces veuvages, deux faits nous semblent remarquables :

a) Il n'y a aucun cas d'adolescent asthmatique ayant perdu sa mère;

b) HILL a trouvé beaucoup moins d'asthmatiques parmi les écoliers latino-américains que chez les petits Américains et attribue cela au fait que l'on rencontre beaucoup moins souvent une surprotection maternelle, le père étant pour eux la figure dominante, et ce fait nous semble particulièrement intéressant et significatif.

— Les trois autres situations anormales étaient faites deux fois d'abandon dans la première enfance (l'un placé à l'Assistance Publique, l'autre recueilli à 16 mois par un oncle et une tante), le troisième sujet ayant été tiraillé entre des parents divorcés (père remarié avec 5 enfants, mère vivant en concubinage, ce dont le sujet souffre).

— Enfin, dans 8 cas (soit 20 %), il existe des anomalies moindres : nombreux placements et éloignements de ce milieu familial, absen-

téisme fréquent du père, situation particulière engendrée parfois par l'âge très élevé des parents, enfin c'est le cas de mésententes parentales importantes mais n'ayant pas entraîné de dissociation du couple.

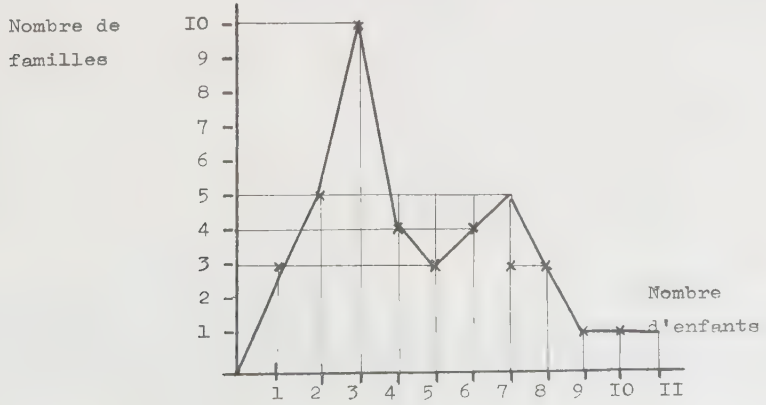
Donc, sans tenir compte des données de l'examen psychologique (qui décèlera d'autres anomalies moins apparentes de la structure familiale) il n'en reste pas moins que 17 sujets (42,5 %) ont un milieu familial perturbé, et ce chiffre semble effectivement élevé et important à constater.

II. — NOMBRE DE FRÈRES ET SŒURS

Nous avions noté ces renseignements pour être complets, sans supposer que cela nous apporterait des notions dignes d'être remarquées, et pourtant nous avons trouvé cette répartition (en notant le nombre d'enfants dans la famille, le sujet y compris) :

— 1 Enfant (unique) :	3 familles
— 2 Enfants	5 familles
— 3 Enfants	10 familles
— 4 Enfants	5 familles
— 5 Enfants	3 familles
— 6 Enfants	4 familles
— 7 Enfants	5 familles
— 8 Enfants	3 familles
— 9 Enfants	1 famille
— 10 Enfants	1 famille

La fréquence des familles nombreuses nous a semblé remarquable ; nous en avons fait une courbe :



Normalement, nous aurions dû obtenir une courbe d'allure gaussienne avec un maximum pour 3 enfants, et avoir dans la partie droite de la courbe une décroissance progressive. Si nous trouvons bien un pic pour trois enfants par famille, le chiffre d'enfants uniques et de deux enfants par famille nous semble faible, mais surtout la décroissance de la partie droite de la courbe est lente et nous trouvons un deuxième pic pour 6, 7 et 8 enfants par famille ! Pour expliciter cela, nous avons calculé le nombre moyen d'enfants dans les familles de nos asthmatiques, ce qui nous donne le chiffre de *4,5 enfants par famille* alors que le chiffre moyen d'enfants par famille française approche, mais n'atteint pas 3 enfants par famille. Comment interpréter ce chiffre ?

Nous pensions qu'il fallait peut-être apporter une restriction dans la mesure où de nombreuses familles d'origine étrangère sont installées dans notre région (Italiens, Espagnols, Nords-Africains) et que l'on sait que le nombre d'enfants y est généralement plus élevé que dans les familles françaises. Or, dans ces familles (au nombre de 6) le nombre moyen d'enfants est de 4 (au lieu de 4,5 pour l'ensemble).

Il nous semble donc intéressant de souligner ce chiffre de 4,5 enfants par famille, qu'il serait peut-être utile de vérifier ultérieurement sur un plus grand nombre de sujets.

Notons également le faible pourcentage d'enfants uniques trouvé : 3 fois (soit 7,5 %) ce qui va à l'encontre de l'opinion généralement admise (Hill A. E.) de la grande fréquence des enfants uniques parmi les asthmatiques.

III. — RANG DANS LA FRATRIE

Parallèlement à l'importance quantitative de la fratrie, nous avons voulu apprécier le rôle du rang de l'asthmatique au sein de la fratrie. Nous avons distingué quatre catégories :

— les aînés ou fils uniques (3)	= 12 cas ou 30 %	50 %
— les seconds (de familles de plus de 3 enfants)	= 8 cas ou 20 %	
— « intermédiaires » (comprenant les seconds de familles de 3 enfants)	= 9 cas ou 22,5 %	
— les derniers	= 11 cas ou 27,5 %	

Sans vouloir tirer d'enseignements définitifs de ces chiffres, notons qu'en prenant les aînés et les derniers : 30 + 27,5 % = 57,5 % ou même en y ajoutant les seconds : 57,5 % + 20 % = 77,5 %, nous

constatons que 77,5 % de nos asthmatiques sont situés en tête ou à la fin de leur famille et seulement 22,5 % en situation intermédiaire, et que les difficultés de développement psychologique des enfants sont précisément plus fréquentes et plus notables dans ces catégories (problème de l'aîné, du second qui voudrait être le premier, du « petit dernier » souvent surprotégé) que chez les enfants placés en « situation intermédiaire ».

Ce fait est d'ailleurs souvent noté et HILL A. E. note chez 140 écoliers, 43 enfants uniques et 52 « derniers », estimant d'ailleurs très faible le nombre d'enfants uniques trouvé, et, dans une autre statistique portant sur 1.338 enfants d'origine latino-américaine, il trouve 865 enfants uniques, ou étant le plus jeune au moment de la crise, soit 65 %.

IV. — SITUATION PERSONNELLE DU MALADE

Compte tenu de l'âge de nos malades, situé entre 15 et 21 ans (dont 80 % entre 15 et 18 ans), il n'est pas étonnant de trouver une forte majorité de célibataires : 38 sur 40, soit 95 %.

Sur ces 38 sujets non mariés, il existe une mère célibataire qui pose un problème particulier; de même nous avons conservé, bien que cela nuise quelque peu à l'homogénéité de nos observations, les deux femmes tôt mariées, car leurs cas étaient intéressants.

(TABLEAU n° 1)

Retenons donc l'importance de la situation familiale de nos sujets, le nombre élevé d'enfants par famille d'asthmatique, et le rôle du rang du sujet dans la fratrie.

CHAPITRE IV

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Si quelques auteurs se préoccupent de la situation (et des conséquences) socio-professionnelle de l'asthmatique comme ALICE, DESANTI, LASSERRE, ces études sont souvent éparses et rarement faites dans la perspective de comprendre l'asthmatique dans sa globalité. Nous avons recueilli pour notre part des éléments concernants l'habitat et le métier du sujet.

A — L'HABITAT

1) Type d'habitation

Nous avons classé ces habitations en deux rubriques : HLM et collectivités (appartement, etc.) d'une part, maisons individuelles de l'autre, et obtenu cette répartition :

— HLM ou collectivités	14	(35 %)
— Maisons individuelles	26	(65 %)

Comme de nombreux sujets habitent à la campagne, où il n'y a pratiquement que des maisons individuelles, ce chiffre ne semble pas appeler de commentaires particuliers.

2) Le degré d'ancienneté de l'habitat

Il a été classé en trois rubriques :

— vétuste	14	(35 %)
— ancienneté intermédiaire	14	(35 %)
— récent	12	(30 %)

Là encore, cette répartition semble correspondre aux normes généralement admises en la matière et ne semble pas présenter d'intérêt particulier.

Tout autre nous est apparu :

3) Le degré d'humidité de l'habitat

Vingt fois, soit dans la moitié des cas, nous avons la notion d'un habitat humide. Cette humidité est doublement néfaste pour l'asthmatique : elle favorise la présence de moisissures auxquelles il sera volontiers allergique (confirmé une dizaine de fois) et elle favorise surtout les infections, notamment bronchiques, dont on connaît l'incidence sur la maladie asthmatique.

Plusieurs de nos malades habitaient d'ailleurs près d'un canal ou d'un cours d'eau, sans que l'incidence éventuelle sur l'asthme ait été toujours aussi nette que dans le cas de Mlle LAM... (obs. 24).

Cette jeune fille habitait une maison de pierre, lorsque pour des

raisons d'ordre social : changement de travail du père (soulignons-le au passage) elle vint habiter un logement fort insalubre et humide (baraquement proche d'un marais, sans eau courante, avec la proximité d'un dépôt d'ordures à 50 mètres). Deux mois plus tard, ses crises, alors minimes, subirent une recrudescence très importante. Il semble bien exister là quelque chose de plus qu'une simple coïncidence.

4) **Autres éléments à propos de l'habitat**

Sur les 21 fois où nous avons noté la proportion existant entre le nombre de pièces et le nombre de personnes les habitant, il ne nous a pas semblé, en règle générale, exister une surpopulation dans les logements de notre groupe d'asthmatiques.

Par contre, nous avons eu sept fois (17,5 %) la notion de travaux récents au domicile de nos malades (réfection totale ou partielle, peinture, etc.) et ceux-ci ont entraîné chaque fois une recrudescence des crises : très nette quatre fois, plus modérée trois fois. Nous ne disposons pas des éléments nécessaires (test allergiques à ce moment-là, notamment) pour déterminer si cette recrudescence était due à une allergie aux substances utilisées ou à des changements temporaires intervenus dans leur manière de vivre (auxquels les asthmatiques sont particulièrement sensibles) mais ce fait nous a semblé assez frappant pour être souligné.

B — OCCUPATION OU MÉTIER

1) **Nature du métier ou de l'occupation du sujet**

Nous avons classé les sujets en actifs ou non actifs :

— les sujets « non actifs » sont au nombre de 24 (60 %) que l'on peut subdiviser en écoliers, lycéens, étudiants au nombre de 13 (32,5 %) d'une part, et en élèves de l'enseignement technique et apprentis au nombre de 11 (27,5) d'autre part. L'asthme n'a joué sensiblement sur la scolarité de nos sujets que dans la moitié des cas, leur occasionnant, le plus souvent par le biais d'un absentéisme trop fréquent, des difficultés allant du redoublement ou du retard scolaire simple, au changement d'orientation (passage à l'enseignement technique notamment). Les autres sujets surmontent les difficultés que leur asthme peut engendrer et semblent même stimulés par un plus fort désir de réussite.

— Il y a donc 16 sujets, soit 40 %, qui exercent déjà un métier et leur qualification n'excède généralement pas le niveau de manœuvre, d'ouvrier non spécialisé ou d'employé. La situation de ces derniers, souvent très délicate, sera la cause ou

la conséquence de nombreuses difficultés, ce qui ressort bien de l'étude de :

2) **L'adaptation du sujet à son occupation**

Nous demandions aux sujets des précisions sur leur travail pour savoir si les conditions en étaient ou non faciles, s'ils en étaient contents, etc. Il ne nous a été répondu que 22 fois à ce sujet, presque toujours dans le sens de l'insatisfaction et il est remarquable que 15 de ces réponses émanent des adolescents qui exercent un métier.

L'un de ces sujets s'étant déclaré satisfait, il reste 14 des 16 sujets travaillant qui ne sont pas satisfaits de leur travail ou qui, même en s'en accommodant, y rencontrent des conditions physiques ou psychonerveuses difficiles. Cette insatisfaction professionnelle, qui s'est traduite 6 fois dans les faits par une instabilité professionnelle notable, était d'ailleurs prévisible dans la mesure où ils sont le plus souvent obligés de travailler, soit pour les raisons sociales précitées, soit par incapacité de poursuivre une scolarité normale. Nous avons curieusement trouvé deux fois le vœu d'être camionneur, ce que Martine ROCHE notait également et qu'elle interprète comme « un vif désir de compensation d'une maladie infériorisante et qui s'exprime alors par un besoin de domination qu'on retrouve dans le choix d'une profession « revalorisante », soit de force (camionneur), etc. ».

Autant que le milieu familial, le milieu socio-professionnel pose donc souvent problème à nos asthmatiques.

(TABLEAU n° 2)

2ème tableau : SITUATION SOCIO PROFESSIONNELLE (Habitat, profession)

Nº	HLM	Maison indiv.	Vétuste	Inter-médiaire	Récent	Humide	sec	Nombre pièces Nb/pers. Cohabit.	non actif écoliers apprenti lycéen	actif exerçant un métier	Divers : horaire, satisfaction conditions de travail etc...
1		+		+			+		+		
2	+			+			+	3 per/4pièces	+		
3	+		+				+	3per/3pièces		+	insatisfaction
4		+	+			+		12 p./4pièces surpeuplée	+		reste le plus souvent à la maison, aide sa mère
5		+		+		+		9 p./4 pièces	+		poussière humide, travail extér.
6		+	+			+		9 p/pièces pas intim.		+	insatisfaction : voulais études artist. (raisons pécunières)
7		+		+	+		+	5 p/pièces 6	+		
8		+		+			+		+		changements fréquents d'établissements
9	+				+	+				+	instabilité, presseuse trop chaud
10		+	+			+		vit avec le fils chez sa mère		+	instabilité profession. fatigue psychonerveuse
11		+			+		+	+	+		
12	+				+		+	5 p/4pièces peinture récente		+	Nb. placements foyer Jeunes Travailleurs Instabilité profession.
13	+				+		+	9 p/6pièces		+	bruit, satisfaction heures supplémentaires
14	+		+				+	2p/4pièces	+		
15		+	+			+		4 p/5pièces		+	chaleur, humidité, effort fatigue, temps plein ++
16		+	+			+			+		
17		+	+			+		cohabit. beaux-par. bonne ent.		+	insatisfaction, a dû changer de ville et de profession
18	+			+			+			+	locaux poussiéreux
19		+		+			+		+		
20	+				+		+	4 p/5pièces		+	bruit, chaleur, fatigue nerv. insatisfaction mésentente patron voulait être camion.
21	+				+		+	4 p/5pièces cohab.belle-mère	+		fatigue psychonerveuse
22		+		+		+			+		
23		+				+		7 p/7pièces		+	chaleur dans local professionnel, effort, fatigue physique ++
24		+	+			+		baraquement 5 p/4pièces	+		
25		+	+			+				+	
26	+				+		+	5p/5pièces	+		insatisfaction veut être puéricultrice
27	+			+		+		5p/4pièces	+		
28		+		+			+		+		
29		+	+			+			+		
30		+		+		+		6 p/6pièces	+		
31		+		+		+				+	locaux pous. remue livre
32		+	+			+		cohabit. GM		+	courant d'air; poudre bronze, poussières, fatigue psychonerveuse insatisfac. : routier
33	+				+		+		+		corresp. à aspirations
34	+	+			+		+	5p/7pièces		+	satisf. fatig. muscul. psychonerveuse
35	+				+		+	7 p/4pièces beau-père	+		
36		+		+		+		5p/7pièces	+		fatigue psychonerv.
37		+	+			+		baraque en briques		+	travail fatigant, dangereux, anxiété, travail plein air, insatisfaction
38		+		+			+		+		travaille bien, ambitieuse
39	+			+			+	5p/5pièces	+		local professionnel bruyant
40		+			+	+			+		

CHAPITRE V

ANTÉCÉDENTS

ANTÉCÉDENTS

A — ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

1) **La grande fréquence** des antécédents allergiques chez les asthmatiques est connue, et diversement appréciée par les auteurs, mais finalement, on ne sait pas grand-chose de la nature, ni du mécanisme de cette prédisposition héréditaire. Et ce ne sont pas les conclusions de J.-G. PRICK qui nous éclaireront beaucoup : « cette disposition génétique implique une erreur métabolique innée qui se manifeste dans un secteur particulier de l'économie physiochimique essentielle de l'organisme. Cela correspond à un type particulier qui, somatiquement, se manifeste comme une diathèse exsudative qui, à son tour, influe de façon significative sur la nature de la personnalité pré-asthmatique et sur les qualités du caractère ».

Il ne faut pas oublier non plus, comme JACQUELIN l'a mis en évidence, que l'hérédité psychonévrotique double presque constamment l'hérédité allergique et qu'elle est souvent la seule à être décelée. Nous l'étudierons dans le chapitre consacré aux facteurs psychologiques.

2) **Pour notre part** nous retrouvons des antécédents d'asthme dans la famille de nos malades (grands-parents, oncles et tantes, parents, frères et sœurs) 21 fois, soit dans 52,5 % des cas. Si nous étendons cela aux antécédents allergiques cutanés (eczéma, urticaire) nous trouvons des antécédents allergiques 31 fois, soit dans 77,5 % des cas.

Nous n'avons pas retiré d'éléments intéressants des antécédents familiaux autres qu'allergiques.

3) **A titre indicatif,** PASTEUR VALLERY-RADOT et ses collaborateurs ne notent que 27 % d'antécédents asthmatiques, de même que HILL, mais ils ne considèrent, il est vrai, que les parents. JUMON trouve une hérédité perturbée (asthme, allergie, névropathie) dans 50 % des cas. PETIT et MINOR trouvent une ascendance allergique dans 58,4 % chez 145 enfants et *adolescents;* tandis que Martine ROCHE relève pour sa part une ascendance tarée dans 91 % des cas. Il existe bien d'autres appréciations et elles sont très diverses, mais notre chiffre élevé tend

à confirmer la fréquence de ces antécédents chez l'adolescent.

4) **Remarquons** qu'il n'existe qu'un sujet (2,5 %) ayant ses deux parents asthmatiques (1,4 % dans la statistique de HILL), mais surtout que nous trouvons de nombreux sujets (11, soit 22,5 %) ayant plusieurs personnes allergiques dans leur famille telle cette jeune fille, VAN... Véronique (obs. 38) dont le grand-père maternel était emphysémateux et asthmatique, dont la grand-mère maternelle a présenté un asthme typique de la ménopause, dont la mère est asthmatique et qui a elle-même eu de l'eczéma, avant que son asthme ne s'instaure.

B — ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

L'étude des antécédents personnels des asthmatiques revêt un grand intérêt car elle nous aidera à préciser le terrain sur lequel l'asthme survient, tant du point de vue allergique qu'infectieux.

1) Antécédents cutanés

Des antécédents à type d'allergie cutanée parmi lesquels l'eczéma, l'urticaire et les croûtes de lait (plus accessoirement le prurigo ou la furonculose que nous avons également notés) ont été retrouvés 26 fois, soit dans 65 % des cas.

L'eczéma est le plus fréquent : 16 fois, soit dans 40 % des cas et cette notion est tout à fait classique. Sur nos 26 sujets, 10 présentent à la fois, ou successivement, plusieurs de ces manifestations sans atteindre toutefois l'impressionnante série d'antécédents qu'a présentée Mlle HOU... Martine (obs. 21) : cette jeune fille a des antécédents familiaux particulièrement chargés tant du point de vue psychologique et social (suicide du père lors d'un épisode dépressif) qu'allergique : son grand-père paternel, sa mère et un de ses frères sont ou ont été asthmatiques, sa mère, un autre frère et un oncle présentent ou ont présenté de l'eczéma. Elle-même a présenté des croûtes de lait, une furonculose, de l'urticaire et de l'eczéma sur le plan cutané, une bronchopneumonie à l'âge de six ans, puis de nombreuses bronchites hivernales sur le plan pulmonaire, enfin, une otite suivie de paracenthèse, ayant entraîné une recrudescence des crises, sur le plan ORL.

2) Antécédents pulmonaires

24 de nos sujets ont présenté de tels antécédents, soit dans 60 % des cas. Il s'agit 21 fois de bronchites (le plus souvent hivernales et multiples) et 5 fois de broncho-pneumonies. Donc, l'arbre bronchique de plus de la moitié de nos sujets a subi au moins une fois une agression infectieuse. Enfin, quatre sujets ont présenté une pri-

mo-infection. Plusieurs sujets ont présenté successivement l'une ou l'autre de ces manifestations.

A propos des rapports entre l'asthme et la tuberculose dont l'étude a été menée par JACQUELIN et ses élèves, nous ne pouvons tirer de conclusions d'un nombre de cas aussi faible. Aussi nous bornerons-nous à noter que l'asthme de nos sujets n'a jamais été indifférent à l'atteinte tuberculeuse :

— il s'est déclaré une fois au décours de la primo-infection,

— il a subi une recrudescence notable lors de la primo-infection dans deux cas,

— il a été complètement stoppé au décours d'une primo-infection à l'âge de 8 ans, pour ne réapparaître que 7 ans plus tard (lors d'une infection bronchique d'ailleurs) dans le dernier cas.

3) Antécédents ORL

Nous avons trouvé la trace d'une affection de la sphère ORL chez 30 sujets soit dans 75 % des cas, ce chiffre comprenant aussi bien les affections banales (coryzas, angines, rhinites, rhinopharyngites, otites, sinusites) que les interventions de la sphère ORL le plus souvent banales elles aussi (amygdalectomies, adénoïdectomie, paracenthèses) parfois plus spécifiques (redressement de cloison nasale par exemple). Là encore, de nombreux sujets ont présenté simultanément ou successivement plusieurs de ces affections.

4) Autres antécédents

Nous avons réservé une rubrique pour les autres antécédents que nos sujets ont pu présenter, en attirant leur attention sur les migraines ,les céphalées et les troubles d'origine hépatique. C'est d'ailleurs ce type d'antécédents que nous retrouvons le plus souvent : 10 fois (25 %). Les autres antécédents paraissent, à l'image des appendicectomies, banaux et non significatifs.

C — REMARQUES SUR CES ANTÉCÉDENTS

Nous nous sommes contentés dans ce chapitre de répertorier les antécédents de nos sujets sans présumer de leur influence éventuelle sur l'asthme, cependant quelques éléments semblent s'en dégager.

1) A propos des antécédents allergiques

En totalisant les antécédents d'asthme et d'allergie cutanée, 77,5 % de nos sujets avaient une hérédité allergique. De plus, 65 % de nos sujets ont présenté eux-mêmes des antécédents allergiques et

20 % des troubles hépatiques, des migraines vraies ou des céphalées qui témoignent souvent d'un terrain allergique sinon franc, du moins latent.

Ces sujets ne sont pas toujours les mêmes que ceux ayant une hérédité allergique et si nous combinons les antécédents héréditaires et personnels, nous nous apercevons que 36 d'entre eux, *soit 90 % présentent un terrain allergique.*

Si l'allergie ne constitue pas dans tous les cas l'étiologie unique ou essentielle de l'asthme, ce chiffre élevé nous montre que l'asthme se greffera presque toujours, chez l'adolescent, sur un terrain allergique.

2) **A propos des antécédents pulmonaires et ORL**

Si nous relevons également des chiffres élevés d'antécédents pulmonaires (60 %) et ORL (75 %), cela n'implique pas que ces facteurs aient toujours joué un rôle dans la genèse de l'asthme et, comme en ce qui concerne l'allergie, il faudra confronter ces facteurs avec les autres facteurs étiologiques pour essayer d'en déterminer le rôle exact.

(TABLEAU n° 3)

n°	ANTECEDENTS FAMILIAUX		ANTECEDENTS PERSONNELS						
	ASTHME parenté	Antécédents cutanés	Cutanés			Pulmonaires		ORL	DIVERS
			eczéma	urtic.	Autres	[illegible] chites	Autres		
1	Tante							+	
2				+		+	Primo-infect.	+	Appendicectomie
3		Eczéma		+			broncho-pneum.	+	Appendicectomie Rhumatismes
4						+			
5		Eczéma	+						
6	sœur							+	Céphalées Appendicectomie
7	Grand-mère maternelle	Eczéma			prurigo	+		+	
8	G.P.E.							+	Entérite lors de la naissance
9	2frères		+		Prurigo	+	pruriso infect.		céphalées
10	GPM							+	énurésie jusqu'à l'âge de 10 ans
11	aïeule GMM nevus	Eczéma				+		+	
12	G.M.			+	Prurigo	+		+	myopie, rhumatisme abcès froid du cou
13	GPP, mère			+	Prurigo	+		+	Céphalées, épistaxis.
14		Eczéma						+	
15	Mère Oncle Tante	Eczéma						+	céphalées, épistaxis ++
16	Père, GP	Urticaire				+		+	
17		Urticaire		+	Prurigo		broncho-pneumonie	+	
18	Père		+	+	Prurigo	+		+	Migraines
19	mère cousine					+		+	
20		Eczéma		+				+	conjonctivite varicelle
21	GPP, mère frère	Eczéma	+	+	furoncul. C. de lait	+	broncho-pneum.	+	conjonctivite appendicectomie
22	Oncle			+		+		+	
23						+	primo-infec.		
24	mère, père 3 oncles		+		furoncul. C. de lait			+	
25		Eczéma					broncho-pneum.	+	
26	GMP-GPP	Eczéma			prurigo	+			difficulté d'élevage de la petite enfance (vomissements ++)
27			+			+		+	
28	Père, frère	Eczéma	+	+	furonculose	+			
29	sœur		+	+		+			
30		Eczéma		+					céphalées unilatérales appendicectomies
31		Urticaire	+	+	Croûtes de lait, inter				conjonctivite et céphalées
32								+	
33			+		furonculose	+			céphalées, hépatisme ichtyose
34								+	
35	mère		+				primo-infect.	+	
36		Eczéma	+			+		+	
37		Oed. Quincke		+				+	
38	GPM-GMM mère		+					+	Mycose palmaire, intolérance digestive (oeufs, lait)
39			+					+	
40					croûtes lait	+		+	migraines, troubles hépatiques

CHAPITRE VI

ASPECTS CLINIQUES DE LA MALADIE

Après l'étude du milieu familial et socio-professionnel de nos adolescents, puis celle de leurs antécédents, il nous faut envisager maintenant les aspects cliniques de leur affection commune.

L'âge effectif du début de la maladie, mais surtout les circonstances qui l'ont accompagné sont intéressantes à analyser. Nous noterons également l'évolution de la maladie, sa périodicité, son horaire et enfin les caractéristiques cliniques des crises.

I. — AGE DE DÉBUT

Si l'on divise les âges de début de la maladie en quatre tranches, nous obtenons :

— 0 à 5 ans inclus	17	(42,5 %)
— 5 à 10 ans	10	(25 %)
— 10 à 15 ans	8	(20 %)
— 15 à 21 ans	5	(12,5 %)

La plupart des asthmes ont débuté tôt, 42,5 % avant 5 ans et 67,5 % avant 10 ans, soit plus des deux tiers. Ces constatations ne sont pas surprenantes puisque nous avons la notion de terrain allergique chez 90 % de nos sujets et que l'on connaît la plus grande précocité des manifestations asthmatiques chez les allergiques (J.-P. Grilliat, Mme J. Fau, P. Bourgaux, Pasteur Vallery-Radot). D'ailleurs, sur les quatre sujets ne présentant aucun antécédent allergique, deux ont débuté leur asthme tardivement, eu égard à notre tranche d'âge (à 14 et à 15 ans). Jarret, Masbernard et Bernard notaient dans le début des manifestations asthmatiques des pics aux âges de 0 à 2 ans, à 6 ans et à 11 ans, correspondant pour eux à des phases psychologiques difficiles. Nous retrouvons également un pic de 0 à 2 ans (8 sujets soit 20 %), pouvant correspondre aux difficultés du stade oral, mais nous n'avons pas retrouvé d'autres pics notables.

II. — CIRCONSTANCES DE DÉBUT OU ÉVÉNEMENTS CONCOMITANTS

Nous avons obtenu de très nombreux et divers éléments à cette rubrique et en avons dressé un tableau où sont notées les circonstances qui ont été contemporaines du début de la maladie, en ne retenant que les faits saillants. Nous notons cependant dans ce tableau, pour ne pas le reproduire ultérieurement, les circonstances ayant pu amener par la suite une recrudescence notable de l'asthme :

2/ CIRCONSTANCES DE DEBUT OU EVENEMENTS CONCOMITTANTS

Nous avons obtenu de très nombreux et divers éléments à cette rubrique et en avons dressé un tableau où sont notées les circonstances qui ont été contemporaines du début de la maladie, en ne retenant que les faits saillants. Nous notons cependant dans ce tableau pour ne pas le reproduire ultérieurement, les circonstances ayant pu amener par la suite une recrudescence notable de l'asthme :

nº	âge Début	Circonstances	Méd.	Psy.	R.psy.
1	7	Coqueluche	+		
2	12	Infection + départ aérium	+	+	
3	20	Prise de procaïne	+		
4	2	Convulsions indéterminées	+		
5	3	Bronchites -+/ reprise travail	+		+
6	16	Appendicite + séparation du domicile, changement de travail soucis pécunières	+	+	
7	14	Bronchites, Pâques, aménorrhée	+	+	
8	9	Changement d'école et de maitresse		+	
9	14	Puberté, premières règles	+	+	
IO	18	Naissance d'un fils		+	
11	5	BCG - 1 an après retour en France	+	+	
12	15	Placement dans milieu de type familial		+	
13	6	Retour au domicile après aérium		+	
14	6	Bronchites	+		
15	14	Pendant préparation du CEP		+	
16	1	Bronchite			
17	IO	Congestion pulmonaire + choc émotionnel	+	+	+
18	16	Premier retour en Espagne après 6 ans d'immigration		+	
19	4	RAS			
20	18	RAS			

nº	âge début	Circonstances	Méd.	Psy.	R.psy
21	7	Suicide du père		+	
22	5	Amygdalectomie /travail de menuiserie	+		+
23	4	Coqueluche. / entrée en apprentissage	+		+
24	2	Eczéma, broncho-pneumonie, / mort grand-mère	+		+
25	7	Bronchopneumonie	+		
26	11	15 jours avant entrée lycée		+	
27	4	Surinfection pulmonaire Rapatriement	+		+
28	3	Bronchites	+		
29 .	4	Vacances dans les Vosges	+	+	
30 .	3	Début naissance, / accident de circulation	+		
31 .	2	RAS			
32 .	15	Premiers bals, premiers emplois		+	
34 .	14	Puberté + début du travail dans une filature de coton	+	+	
35 .	5	RAS			
36 .	7	RAS			
37 .	9	Recrudescence lors de la reprise du travail			+
38 .	9	Hospitalisation de la mère		+	
39 .	2	RAS			
40 .	2	RAS			

Il existe donc 32 fois sur 40 soit dans 80% des cas, au moins une circonstance concomittante notable au début de l'asthme. Ces circonstances sont d'ordre médical d'une part, psychologique ou psychosociale d'autre part, ces deux ordres de circonstances

Il existe donc 32 fois sur 40, soit dans 80 % des cas, au moins une circonstance concomitante notable au début de l'asthme. Ces circonstances sont d'ordre médical d'une part, psychologique ou psychosociale d'autre part, ces deux ordres de circonstances pouvant s'associer pour déclencher l'asthme. Nous notons :

— 11 fois des circonstances médicales isolées	27,5 %
— 10 fois des circonstances psychologiques isolées	25 %
— 11 fois l'association de ces deux ordres circonstances	27,5 %

Par contre, les circonstances ayant entraîné une recrudescence de l'asthme sont les 9 fois (22,5 %) d'ordre psycho-social. Ces circonstances de début notables sont donc fréquentes, mais cela ne signifie pas qu'il y ait obligatoirement un rapport de causalité entre ces faits et l'asthme, ce qui ne pourra être établi qu'en faisant, pour chaque sujet, la synthèse des facteurs étiologiques de sa maladie.

III. — ÉVOLUTION

Sans tenir compte de l'évolution due aux cures, nous avons classé l'évolution de la maladie en :

— progressive (progressivement aggravée), 24 fois	60 %
— récurrente (avec les phénomènes de recrudescence précités), 4 fois	10 %
— régressive : 1 fois	2,5 %
— stable : 11 fois	27,5 %

Ces chiffres sont logiques puisque nous sommes amenés à traiter en milieu hospitalier les asthmes posant problème et s'aggravant.

IV. — PÉRIODICITÉ DES CRISES

Nous nous sommes efforcés d'apprécier la fréquence des crises; elles sont :

— journalières	6 fois	15 %
— hebdomadaires ou pluri-hebdomadaires	8 fois	20 %
— mensuelles ou pluri-mensuelles	19 fois	47,5 %
— plus fréquentes que mensuelles	7 fois	17,5 %

La plupart de nos sujets ont des crises mensuelles ou plurimensuelles.

Quant à la répartition saisonnière des crises, l'on note l'apparition exclusive ou la prédominance des crises :

— 10 fois au printemps	25 %
— 10 fois en été	25 %
— 6 fois en automne	15 %
— 19 fois en hiver	47,5 %

L'asthme pouvant d'ailleurs prédominer en plusieurs saisons à la fois (par exemple fin de l'automne, hiver, début du printemps). Dix fois soit dans 25 % des cas seulement on ne décèle aucune prédominance saisonnière. Notons également la plus grande fréquence des prédominances hivernales (près de la moitié des cas) et donc le rôle vraisemblable des infections bronchiques et ORL chez ces sujets.

En poussant la périodicité des crises jusqu'aux jours de la semaine, nous avons noté deux fois, chez des écoliers, l'apparition élective de crises le lundi (jour du retour en classe) et une fois le mercredi après-midi (correspond à des cours d'anglais avec une maîtresse détestée) ; le facteur psychologique semblant ici évident.

V. — **ASPECT DES CRISES**

a) **Horaire**

Les crises d'asthme surviennent chez la majorité de nos adolescents, le soir ou la nuit (première moitié première moitié ou petit matin).

b) **Symptomatologie**

La symptomatologie a été divisée en :

* symptomatologie nasale : gêne (G), obstruction (O), éternuement (E) ;
* symptomatologie bronchique : toux (T), dyspnée (D), expectoration (Ex.);
* symptomatologie d'accompagnement de la crise qu'elle soit cardiaque (palpitations, tachycardie, etc.), digestive (nausées, vomissements) ou nerveuse (céphalées, irritabilité, troubles neurovégétatifs...).

De fait, les crises de l'adolescent ne semblent aucunement se différencier des crises typiques de l'adulte jeune notamment, avec

forte dyspnée expiratoire. Elles s'accompagnent souvent de phénomènes subjectifs désagréables et sont fréquemment anxiogènes. L'on peut cependant noter la rareté de l'expectoration 5 fois (3 fois muqueuse, 1 fois purulente, 1 fois rare et séro-muqueuse). Nous ne mentionnons pas ici la symptomatologie associée (notamment eczéma-urticaire) que nous avons notée dans les antécédents personnels du malade.

c) **Durée**

Dans la plupart des cas, les crises durent d'une dizaine de minutes à 2 heures environ et sont généralement suivies d'un épisode de dyspnée résiduelle pendant quelques heures, sans qu'il s'agisse vraiment d'une dyspnée continue.

Nous n'avons noté que deux fois des épisodes d'état de mal alors que ces épisodes sont beaucoup plus fréquents chez les gens plus âgés (ménopause notamment) qui sont, il est vrai, plus souvent drogués ou corticodépendants. Enfin, il nous a semblé exister chez nos sujets un certain balancement entre la fréquence, la durée et l'intensité des crises : l'un faisant de très rares et très fortes crises, l'autre des crises minimes et répétées, un de nos sujets faisant trois crises légères par semaine et une crise intense avec long épisode de dyspnée continue tous les trois mois (obs. 9).

(TABLEAU n° 4).

						ORATRE		CARACTERISTIQUE DE LA CRISE					
				actuelle des crises	jours	1	2	3	4	5	sympt. nasal.	sympt. bronc.	Symptomatolo. accompagnem.
1	+			2 grosses crise hiver	hiver			+				DT	
2			+	2-3 par an	hiver autom.			+			C.C.	TDEx pur.	
3			+	rares, dyspnée noct.	print/ automne	+	+	+	+	+	E.C.	D.	Palpitations
4	+			quasi journalières	hiver		+	+	+	+	E	T.D.	Vomissements
5	+			Fréquentes, légères	été					+		T.D.ex muqué.	Prise poids
6	+			Pluri-mensuelles	hiver		+	+			G.O.	T.D.	
7	+			Espacées	print. été					+	C G.O.E	T.D.	
8	+			Mensuelles	hiver aut.print			+	+		G	T.D.	
9			+	Mensuelle	été hiver			+	+		G.O.E.	T.D.	Anorexie vomissements
10				1 sévère par mois 3 légères par semaine	hiver			+	+	+	G.E.C	T/D.Ex	palpitations
11			+	mensuelle	été			+			G.O.	T.D.	
12		+		quotidiennes					+	+	O	T.D.E.	
13	+			Fréquentes, légères	automne			+	+		G.O.	T.D.	
14	+			Mensuelles, 15 minutes	hiver			+	+		G.	D.	
15	+			espacées, importantes	hiver				+		C	D Ex	palpitations irritabilité
16			+	mensuelles, 2 heures	hiver				+			T.D.Ex muqué.	
17	+			pluri-mensuelles	hiver		+	+	+		O	T.D.	
18	+			début	hiver Print. été	+						TDE	Baisse E.G.
19			+	journalières	lundi			+	+		G	T.D.	
20	+			mensuelles				+			GOE	D	Céphalées
21	+			pluri-mensuelles + dyspnée continue	hiver été			+	+	+	GOC	TD	Palpitations vomis. nerv.
22	+			mensuelles	print.		+	+			GO	D	
23	+	+		hebdomadaires	hiver automne	+				+		TD	
24			+	pluri-mensuelles + Dyspnée continue					+		O	TDE	
25			+	pluri/ hebdomadaires	hiver printem.				+		O	D++	
26	+	+		Espacées, importantes				+		+	E	TD	
27	+			pluri-mensuelles				+			G.Ø.C.	T.D.	Précordialg. céphalées
28	+			pluri-hebdomadaires	print. été automne					+	G	TD	
29		+		mensuelles	Eété print.				+	+	GO	TD	Vomissements
30	+			Hebdomadaires	hiver			+	+		G	TD	
31		+		pluri-hebdomadaires	hiver			+	+			D	
32				Hebdomadaires				+	+	+	OC	TD	
33	+			Hebdomadaires + dyspnée continue	hiver				+			T EX rare	
34			+	Journalières, état de mal		+	+	+	+	+		TD	
35	+			hebdomadaires	Print. Eté					+	GOE	TD	
36	+			3 en 15 jours.Et. mal	Pr. Eté				+		G	TD	
37	+			plurimensuelles				+	+		GO	TD	
38			+	mensuelles				+				D	
39				mensuelles	lundi					+		TD	
40			+	mensuelles (2 à 3/j)	été					+	OE	D	

CHAPITRE VII

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES DES CRISES

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES DES CRISES

Pour compléter l'étude clinique de l'asthme de l'adolescent, il nous faut envisager les circonstances de survenue des crises, ce qui nous fait aborder l'étude de certains facteurs étiologiques. Quelles sont donc les conditions de survenue des crises ?

A — CONDITIONS PHYSIQUES

1) Conditions météorologiques

Les crises surviennent très souvent lors de conditions météorologiques particulières. Le brouillard, l'humidité, la pluie et le froid sont incriminés 30 fois, soit dans les trois quarts des cas, ce qui corrobore les notions de prédominance hivernale et de fréquence d'habitats humides que nous avons soulignées. Si le simple changement de temps suffit souvent à déclencher les crises, l'orage n'est incriminé que trois fois, le vent une fois. Notons à ce propos qu'en Afrique du Nord « le vent de sable » déclenche très souvent des crises d'asthme, et ce, particulièrement chez l'enfant et l'adolescent (Delahaye, R. P.) D'autres facteurs sont incriminés plus rarement :

— l'été, la chaleur et le soleil deux fois (mais améliorant de nombreux sujets);

— le climat marin est noté une fois comme néfaste et une fois comme bénéfique;

— la campagne et la proximité de peupliers ou de la forêt augmentent les crises d'un sujet;

— enfin, si un sujet incrimine la montagne (les Vosges en l'occurrence) de nombreux sujets voient leur asthme s'améliorer en altitude.

2) Présence d'animaux au domicile

Dix-huit malades hébergeaient des animaux, chats ou chiens le plus souvent. Nous avons confronté cela avec les résultats des tests d'allergie et avons trouvé 10 fois (25 %) une allergie aux squames de ces animaux. Comme certains de ces sujets allergiques n'ont pas d'animaux chez eux et que d'autres ont des animaux sans y être allergiques, il faudra considérer ce point avec le facteur allergique en général et non comme un facteur déclenchant particulier.

3) Lieu de survenue des crises

Nous avons noté le lieu de survenue des crises quand celles-ci survenaient électivement et de façon très nette soit au domicile, soit au lieu de travail du sujet. Dans 15 cas, soit dans 37,5 % des cas, les crises surviennent particulièrement au domicile, cela tenant vraisemblablement à des problèmes psychologiques, notamment à la relation à la mère comme nous le verrons dans l'étude du facteur psychologique. Par exemple, une jeune fille travaillant à l'humidité ne fait des crises qu'au domicile de ses parents. Un jeune homme qui ne fait de crises que chez lui, est tout à fait immature, régressif même, et totalement fixé à sa mère. Enfin, un troisième sujet voit son asthme régresser de façon spectaculaire dès qu'il quitte son milieu familial (d'ailleurs anormal). Par contre, la survenue élective des crises au lieu de travail n'est notée que quatre fois (10 %) .

B — CONDITIONS SOMATIQUES

1) Fatigue ou énervement

Chez 31 sujets, soit 77,5 %, les crises survenaient dans des conditions soit de fatigue ou d'effort physique, soit de nervosité, irritabilité ou plus généralement de « surcharge nerveuse », ces facteurs sont associés ou alternés 14 fois (35 %). L'effort physique est noté 19 fois (47,5 %) et la surcharge nerveuse 24 fois (60 %). Ces chiffres correspondent à des données tout à fait classiques et nous n'y insisterons pas.

2) Facteurs endocriniens

a) — *Chez les garçons :* la puberté a amené une aggravation ou une régression temporaire chez quelques rares malades, mais n'a pas semblé modifier de façon significative l'asthme de la plupart de nos adolescents, contrairement à ce que notaient Bernard J.G., Masbernard A. et Bazot qui considèrent la puberté comme un tournant pour l'asthme (avec 24 % d'aggravation, 11 % d'amélioration et 5 % de début).

b) — *Chez les adolescentes :* le facteur endocrinien semble plus important puisque 8 fois (sur 20 adolescentes) soit dans 40 % des cas, les règles ou la période prémenstruelle déclenchent ou aggravent les crises. Une grossesse a aggravé deux asthmes, ne l'a pas modifié la troisième fois. On considère généralement que les règles influent d'autant plus sur l'asthme qu'elles sont perturbées. De fait, elles sont ici perturbées 5 fois et précédées une fois d'un syndrome prémenstruel très important.

3) **Facteurs bronchiques et ORL**

Les crises ont eu objectivement un rapport avec des phénomènes d'infection bronchique dans 11 cas (27,5 %) et l'on peut estimer que chez ces sujets au moins, le facteur infectieux intervient de façon notable dans la genèse de la maladie (et que ce chiffre est un minimum). Il en va de même dans les trois cas où nous retrouvons avec certitude un facteur ORL contemporain d'une période de déclenchement ou d'aggravation des crises.

C — AUTRES CIRCONSTANCES ÉTIOLOGIQUES

D'autres circonstances sont incriminées plus rarement, mais doivent être notées, c'est le cas de la :

1) **Prise de médicaments** : la prise d'aspirine (2 fois), dont CHARPIN a souligné le rôle possible dans l'apparition de l'asthme, de Véganine (1 fois), de procaïne + streptomycine + pénicilline (1 fois) a déclenché ou aggravé l'asthme, moins nettement cependant que chez un de nos malades ayant fait une allergie typique, en deux temps, à la pénicilline : M. Z... (obs. 40) reçut une série de cinq injections de pénicilline lors d'un épisode infectieux, une nouvelle série de piqûres lui fut prescrite un an plus tard et il déclencha une crise d'asthme très importante trois heures après la troisième injection de pénicilline.

2) **Le facteur digestif** nous a semblé minime : 1 cas d'allergie au lait et aux œufs, et si l'on retrouve souvent des crises de foie ou un certain « hépatisme », cela témoigne plus d'un terrain allergique, que ce ne constitue un facteur déclenchant des crises.

(TABLEAU n° 5)

L'on peut donc très souvent rattacher la crise d'asthme à une condition déclanchante précise, qu'elle soit physique ou somatique.

5ème Tableau : Circonstances étiologiques des crises

N°	Conditions météorologiques		somatiques		Facteur endocrinien	Contact avec animaux	LIEU DE SURVENUE		Facteur infectieux		AUTRES
	brouil. froid pluie	autres	effort	nerv			travail	domicile	Bronc.	ORL	
1	+			+	règles ++						
2	+					Chat			+		
3	+		+	+	règles ++ gross. ++	Chat			+	+	prise de strepto, péni cocaïne
4	++	orages				Chien			+		
5	+		+			Chat, chien oiseaux					
6	+	soleil : amél.		+				+			
7	+		+		aménorrh.	Lapins pigeons		+	+	+	aspirine
8	+	Climat marin aggravé		+							
9		soleil été : aggravation	+	+	puberté règles ++	Chien		++	+		
10	+			+	règles et grosse. ++						
11			+					+			
12				+				+	+		
13	+		+	+		Chien		+++	+		
14	+		+			Chat Chien					
15	+		+	++		Chats		+			
16	+	campagne : aggr.	+	+	règles						forêt, peuplie
17	+				règles	Chat Chien		+			
18	+		+						++		
19	+	orage : aggrav. altitude : amél.		+							poussières ++
20							+				véganine, farine
21	+		+	+			+	+			
22	++		+	+				++			poussières ++
23	++		+	+		Chat		+	+		
24	+	montagne : amél.	+			Chien					
25	+		+	+							poussières +
26	+							++			
27	+	orage : aggrav.			règles	Chat			+		
28	+			+				++	+	+	
29	+	Vosges : aggrav.		+		Chien					
30	+		+	+		Chats oiseaux					
31	+	mer, montagne : amélioration	+	+							
32				+			+				
33	+		+	+							
34				+		Chiens	+	+			
35		Soleil : aggra.		+				++			
36	+	altitude : amél.			règles						
37	+	Soleil : amél.	+			Chat					
38				++							laits, oeufs
39						Lapins Chats					
40		montagne : amél.									injections de pénicilline

CHAPITRE VIII

ASPECTS CLINIQUES DU MALADE

ASPECTS CLINIQUES DU MALADE

A — EXAMEN CLINIQUE

1) Appareil pulmonaire

Nous avons noté l'aspect du thorax, le type de respiration de nos malades et les données auscultatoires. Il est difficile d'obtenir dans ce domaine des notions homogènes, les uns étant vus en crise, les autres hors crise. Cependant, plusieurs idées se dégagent :

— on rencontre assez souvent un thorax déformé, en carène ou en bréchet chez deux sujets avec très probablement des antécédents de rachitisme (confirmé une fois), ou parfois seulement d'aspect emphysémateux, élargi et ayant une mauvaise ampliation thoracique;

— de très nombreux sujets ont une respiration de type thoracique et ne savent véritablement pas respirer, justifiant les méthodes de gymnastique respiratoire préconisées par de nombreux auteurs (notamment Van der Hale et P. Bertrand) qui visent à la fois l'effet mécanique et psychologique.

— une auscultation perturbée dans le sens de l'asthme (ronchus et surtout sibilances) est notée dans la moitié des cas.

2) Appareil cardio-vasculaire

Nous notons une symptomatologie cardiaque minime du type tachycardie, éréthisme, palpitations, dans une dizaine de cas, ce qui témoigne bien plus de l'état neurotonique de ces jeunes asthmatiques que d'affections cardiaques sous-jacentes ; ceci nous sera confirmé par les données électrocardiographiques.

3) Appareil génito-urinaire

Sur 20 jeunes filles, nous avons noté huit fois des anomalies menstruelles (dont une jeune fille non encore réglée à 17 ans). Nous avons vu que cela influe souvent sur l'asthme, mais n'oublions pas que la majorité de nos sujets sont encore proches de la puberté et que les premières menstruations sont souvent perturbées (Logeay).

Du point de vue rénal et urinaire l'examen est toujours normal, deux malades mises à part (l'une étant atteinte d'une glomérulo-néphrite subaiguë, l'autre ayant une hématurie microscopique pour laquelle un bilan s'est avéré négatif).

4) **Système nerveux**

A l'examen, nous n'avons jamais trouvé de maladies neurologiques mais souvent une hyper-réflectivité importante ce qui ne surprend pas car la plupart de nos sujets sont des dystoniques neuro-végétatifs.

5) **Appareil digestif**

Outre les « crises de foie » déjà citées, nous n'avons rencontré que rarement une symptomatologie digestive, au demeurant banale (diarrhée 2 fois, constipation 2 fois, maux d'estomac 2 fois, appétit médiocre 1 fois, excessif avec obésité 2 fois).

6) **Divers**

Il existait deux fois une baisse modérée de l'état général, une fois une acrocyanose, une fois un minime hypofonctionnement surrénalien ; enfin, un bilan thyroïdien complet avait été effectué une fois et s'était avéré normal.

En résumé, nous ne trouvons pas de caractères cliniques particuliers chez nos asthmatiques. En est-il de même du point de vue biologique ?

B — EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ET BIOLOGIQUES

Nos constatations ne portent ici que sur les 21 sujets qui ont été hospitalisés, chiffre insuffisant pour des statistiques précises, mais permettant dans un groupe homogène, de dégager les idées principales.

1) **Radiographie (ou scopie) pulmonaire**

Sur nos 21 sujets, 10 ont une radio entièrement normale, deux sujets ont une légère augmentation de la trame broncho-vasculaire prédominant aux bases, enfin 9 sujets présentent un aspect d'emphysème assez typique avec horizontalité costale, élargissement des espaces intercostaux et hyperclarté parenchymateuse. Cet aspect est vraiment marqué chez trois sujets, moins net dans six cas (l'un de ceux-ci porte nettement la trace de sa primo-infection sous forme d'un petit nodule calcifié de l'apex droit). GUILLERMAND et FAUVRE notent également un emphysème dans 40 % des cas.

2) Bilan bronchique

Si la radio pulmonaire ne pose pas de difficultés, il n'en est pas de même en ce qui concerne la bronchoscopie ou la bronchographie lipiodolée, parfois mal tolérées par des sujets assez jeunes et à la psychologie souvent infantile. Aussi ne les avons-nous pas systématiquement pratiquées. Sur les 15 cas où nous avons pu effectuer l'un de ces deux examens, ou les deux, nous notons, lors de la bronchoscopie, six fois un œdème de la muqueuse avec des sécrétions perlées et trois fois un bronchospasme, et lors du « lipiodol » quatre fois un début de décalibrage bronchique, voire de petites dilatations bronchiques déjà organisées, et deux fois un bronchospasme.

3) Examen ORL

Tous les malades asthmatiques hospitalisés ont eu systématiquement un examen ORL complet effectué par un spécialiste. Cet examen était normal 10 fois, anormal 11 fois. Les muqueuses présentaient 7 fois, donc dans le tiers des cas, un aspect allergique, et 4 fois un aspect d'infection. Associées à ces manifestations, existaient trois fois des déviations de la cloison nasale (toutes convexes vers la droite), obstruant plus ou moins la fosse nasale droite, occasionnant ainsi ou ayant occasionné des difficultés respiratoires supplémentaires. Bernard, Masbernard et Bazot notent des anomalies naso-sinusiennes (lésions de type allergique dans 31 % des cas, chiffre analogue au nôtre : 33 %).

Même si ces lésions bronchiques et ORL ne jouent pas constamment un rôle dans la genèse des crises, il nous semble utile de pratiquer systématiquement, mais bien sûr dans la mesure du possible, une broncholipiodol et un examen ORL.

4) Eosinophilie

L'éosinophilie sanguine a été recherchée systématiquement. Nous trouvons son existence 14 fois sur 21, soit dans 65 % des cas. Mais il existait deux fois une parasitose (ascaris et trichocéphales chez un sujet ayant 30 % d'éosinophiles, oxyurose modérée chez un sujet ayant 5 % d'éosinophiles). Les autres sujets ont donc une éosinophilie supérieure à 5 % avec des chiffres souvent plus élevés : 10 %, 11 %, 12 %, 14 %, 18 % et même 28 % (avec recherche de parasites négative). Guillermand et Fauvre estiment la fréquence de l'éosinophilie à 40 %, mais Sadoul, Bloch et Saulnier, chez de jeunes adultes, la rencontrent dans 70 % des cas, chiffre plus proche du nôtre (65 %).

5) ECG

Un électrocardiogramme est pratiqué systématiquement chez les

malades hospitalisés. Il a été trouvé normal 20 fois, alors qu'il n'existe qu'une fois un petit bloc de branche fonctionnel. L'asthme et l'emphysème ne retentissent donc sur le cœur qu'au bout de nombreuses années et l'adolescent n'est jamais touché, alors que TURIAF note chez les adultes 5 % de cœurs pulmonaires chroniques et à l'ECG 10 % d'hypertrophie du cœur droit et 28 % d'anomalies isolées de l'onde P.

(TABLEAU n° 6)

6) **A propos de la spirométrie**

Nous n'avons pas pratiqué systématiquement d'examen spirographique, pensant que pour la détermination des valeurs spirographiques, les résultats sont différents suivant le moment de l'examen par rapport à un éventuel épisode asthmatique.

SADOUL a beaucoup insisté sur l'intérêt de l'examen spirographique, et GUILLERMAND et FAUVRE ont trouvé en dehors des épisodes aigus, une diminution constante des valeurs spirographiques dans 50 % des cas.

En ce qui nous concerne, nous pensons que cet examen peut avoir deux intérêts :

— d'une part, effectué loin des épisodes, il peut permettre de préciser la part d'emphysème constitué;

— d'autre part, l'étude spirométrique permet de faire des épreuves pharmacodynamiques très intéressantes pour les cas limites. On sait en effet la très grande sensibilité de l'asthmatique allergique pour le test à l'acétylcholine : bronchoconstricteur, et le test à l'aleudrine : bronchodilatateur.

La spirométrie peut être également utilisée pour les épreuves de provocation aux aérosols d'allergène.

Enfin, les tests d'allergie font l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE IX

LE FACTEUR ALLERGIQUE

LE FACTEUR ALLERGIQUE

1) Appréciation globale

La part de l'allergie que nous notions fréquemment dans les antécédents familiaux et personnels du sujet est explicitée par les tests allergologiques que nous avons effectués.

Nous avons noté dans notre septième tableau les résultats de ces tests et nos conclusions pour chaque sujet sur l'importance globale de ce facteur allergique (classé en : nul, mineur, modéré, notable, important). Si nous envisageons les résultats des tests cutanés, il n'y a que deux sujets qui ne sont pas allergiques à une substance ou à une autre. Cette négativité des tests peut être explicable par une réceptivité cutanée anormale et peut représenter un échec des seuls tests cutanés. C'est dans ces cas qu'une épreuve de provocation par aérosol serait indiquée et ce n'est qu'alors qu'on pourrait éventuellement parler de résultats négatifs. De plus, si nous confrontons nos résultats aux conclusions obtenues sur le terrain allergique, nous voyons qu'un de ces sujets avait un grand-père maternel asthmatique et que l'autre est la jeune fille dont nous avons cité l'impressionnante série d'antécédents allergiques (obs. 21).

Donc 95 % de nos sujets présentent effectivement une allergie, et si l'on admet que ces deux sujets à antécédents d'allergie sont eux aussi des allergiques latents ou non décelés, nous constatons que l'allergie est à un degré ou à un autre présente chez tous nos adolescents.

Nous avons apprécié l'importance de cette allergie d'après les tests ainsi :

— pas d'allergie	2 fois	5 %
— allergie mineure	4 fois	10 %
— allergie modérée	14 fois	35 %
— allergie notable	17 fois	42,5 %
— allergie importante	3 fois	7,5 %

Là encore, nous parlons de facteur allergique et non d'asthme allergique, car il faut confronter ce facteur avec les autres pour juger de son importance dans la genèse de la maladie; en effet, s'il est presque constamment nécessaire, il n'est pas toujours suffisant pour déclencher l'asthme (JACQUELIN).

2) **Nature des allergènes rencontrés**

Nous avons noté la fréquence et l'importance des réactions à chaque allergène et nous trouvons :

Allergie immédiate :

— Poussières de maison	37 fois	92,5 %
— Plumes	14 fois	35 %
— Pollen (graminées)	12 fois	30 %
— Squames d'animaux	10 fois	25 %

Allergie retardée :

— Candidine	21 fois	52,5 %
— Vaccin CCB	18 fois	45 %
— Strepto	18 fois	45 %
— Moisissures 1	10 fois	25 %
2	7 fois	17,5 %
3	8 fois	20 %
— Staphylocoques	6 fois	15 %
— Pneumocoques	3 fois	7,5 %
— Tuberculine	3 fois	7,5 %
— Folliculine	2 fois	5 %

Pour être complets, nous avons noté également une fois, soit dans 2,5 % des cas une allergie à la progestérone, à la cire de parquet, au coton, à la farine, au plantain, à l'ambrosia, à la pénicilline (à 5 UID) et aux allergènes alimentaires (œufs, lait).

Plusieurs faits nous semblent notables :

a) *En ce qui concerne l'allergie de type immédiat,* nous notons :

— que l'allergie aux poussières de maison est de très loin la plus fréquente puisqu'absente une seule fois sur les 38 sujets allergiques;

— que les plumes, les pollens et les squames d'animaux sont beaucoup moins fréquents, mais qu'ils provoquent le plus souvent d'assez fortes réactions.

b) *En ce qui concerne les allergies de type retardé :*

Nous savons que les tests n'ont pas la même valeur que pour l'allergie immédiate. En effet, les tests cutanés aux corps microbiens ou aux éléments mycéliens ne peuvent être retenus que si, en plus de la réaction cutanée, il y a une réaction focale. C'est pourquoi, si nous avons par exemple 52 % de réponses à la candidine (chiffre correspondant au pourcentage de la population globale sensible à la candidine : 60 %) cela ne veut évidemment pas dire que la moitié de nos sujets sont allergiques à candida albicans et il n'y a que dans quelques cas que l'on peut retenir ce facteur dans l'étiologie de l'asthme.

c) *En ce qui concerne la folliculine*

Bien que Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier aient repris le sujet, nous ne pensons pas que l'on puisse par simple test juger d'une telle sensibilité. Tout au plus pouvons-nous remarquer un cas d'allergie à la folliculine avec un syndrome prémenstruel.

d) *Enfin, tous les sujets ayant des tests cutanés positifs* sont des polyallergiques, réagissant au minimum à deux allergènes différents, mais bien plus souvent à trois, quatre, cinq, voire même six allergènes. Ce fait montre combien il est utile d'avoir fait un bilan complet avant de faire le choix des allergènes de désensibilisation.

3) Confrontation bibliographique

De très nombreux auteurs ont, dans une optique ou une autre, étudié la part du facteur allergique soit qualitativement, soit quantitativement. Nous ne prendrons que quelques points de repère :

a) *Globalement :* citons parmi beaucoup d'autres :

— Pasteur Vallery-Radot et ses collaborateurs trouvent pour tous les âges de la vie une proportion de 53 % (sur 803 cas) mais qui s'élève à 73,5 % de 0 à 9 ans et 68 % de 10 à 19 ans, tranche voisine de la nôtre;

— Genevrier : 60 %.

— Bernard et ses collaborateurs, 80 % chez de jeunes recrues;

— Turiaf, chez des sujets de moins de 20 ans, trouve 209 allergiques sur 290 sujets;

— Sadoul, Bloch et Saulnier, 94 % chez des jeunes gens faisant leur service militaire;

— Lansade, 75 % de tests cutanés positifs chez des adultes;

— Petit et Minor, 102 fois sur 145, soit 70,3 %;

— Grilliat note quatre asthmes allergiques sur 5 pour l'ensemble de la population, mais plus chez l'enfant et chez l'adolescent, car l'asthme allergique débute plus tôt.

b) *Qualitativement :* en ce qui concerne la répartition des allergènes identifiés, tous les auteurs sont unanimes à reconnaître l'extrême fréquence des sensibilisations aux poussières d'une part, des polyallergies d'autre part. Les poussières de maison sont par exemple incriminées dans 86 % des cas par Sadoul, 72 % par Grilliat, 100 % des cas d'allergie par Bernard qui constate en outre 80 % de polyallergie.

Nos chiffres sont donc voisins de ceux concernant les tranches d'âge identiques ou immédiatement supérieures à la nôtre et semblent bien confirmer que l'allergie est très fréquente, mais surtout que sa part est d'autant plus importante que l'on considère des sujets plus jeunes.

(Tableau N° 7)

7ème tableau : [illegible]

N°	Poussières	plumes	gammes Animaux	moisissures 1	2	3	Pollen	Candidine	Strep.	Autre germe	BCB	Tuberc.	Autres	Conclusion
1	+ 1/5000		++	+	0	+		±	± +					Modérée
2	+		++				++		±		±	±		notable
3	++		+				±	+			+			Modéré
4	+++						±	+	++					notable
5	+							+					trichophyt.	mineure
6	++							+	++		++			notable
7	++						+++	+++	++		++			Important
8	++						±	+	+					modérée
9	+++			-	++	-			++					modérée
10													ID folliculine +	nulle
11	++		++ chien	±										modérée
12	+++									pneumo +				modérée
13	+ 1/5000								+					mineure
14	++						+							modérée
15	++	+	+										plantain ±	modérée
16	++	±	+	+	+	+		±						notable
17	+ 1/5000						±		±		±			mineure
18	+++	+							++		++			notable
19	++	±						+	+	staphyl ++				notable
20	+++	+		+	+	+		+	++		+		farine+++	Important.
21								±	±		±		ambrosia	nulle
22	++			+	+	+		++						notable
23	+							=+			+	+		modérée
24	±						++							modérée
25	++	+		+	+	+		+		pneumo ++				notable
26	++	+		+	+	+		+	++	pneumo ++ Staphylo ++	+		herbacées +	Notable
27	++		++				+		+		+		folluculine + progestérone +	notable
28	++	+		+	+	+		+			++			notable
29	+++	±								Staphyl ±	±		laine + Cire +	notable
30						±		+++		staphyl ++				modérée
31	++							+++	+++		++			Important
32	++	++					+				+			modérée
33	+			+				+			++			modérée
34	+			+				+++	+++	staphylo +			coton +	notable
35	++	+									++	++		notable
36	++		chat + Chien +						++	staphyl ++ ++				notable
37	+	+		+	+	±		++						modérée
38	+	+++											lait +++ oeufs +++	notable
39	++		++	+	+	±								modérée
40	++	++					++						Péni 5UID +	notable

CHAPITRE X

ETUDE DU FACTEUR PSYCHOLOGIQUE

ÉTUDE DU FACTEUR PSYCHOLOGIQUE

A — INTRODUCTION

1) Position générale du problème

La part du facteur psychologique dans l'asthme est très diversement apprécié par les auteurs et comme le note Van der Hale « le facteur sur lequel l'accent est porté dépend de l'intérêt du chercheur ». S'il y a loin de la conception d'un allergologue à celle d'un pneumologue, d'un interniste ou d'un psychiatre, ces différences sont souvent moindres que celles existant entre ces derniers, qu'ils soient psychiatres, psychologues, psychosomaticiens ou psychanalystes.

Par exemple, des psychanalystes ou des médecins comme French, Alexander, Deutsch, Margolis, Marvin, considèrent que l'étiologie psychogène de l'asthme est spécifique, provenant d'une dépendance excessive de l'enfant à la mère, tandis que Wolf et Ziskind ne considèrent pas ce facteur comme spécifique. Miller, Baruch et Dorothy, pour leur part, insistent sur le rejet de l'enfant par la mère; Abramson, dans de très nombreux articles, étudie les rapports entre l'asthme et l'eczéma et les relations avec les parents (relation au père ou relation à la mère). Tandis que Rappaport rattache l'asthme et l'eczéma à des facteurs émotionnels dans l'enfance.

En France, des auteurs comme Delay et Ziwar, par exemple, en mettant l'accent sur le rôle de l'émotion dans le déclenchement des crises, se sont occupés du problème d'une façon très différente de O. Loras qui a, de l'asthme, une conception personnelle très avancée dans le sens de l'angoisse du souffle qu'il déduit de l'analyse phénoménologique du langage des asthmatiques. Enfin, d'autres auteurs comme Groen, Dekker, Luminet et Slonacker se sont préoccupés de reproduire expérimentalement les stimuli conditionnels susceptibles de déclencher des crises. Les auteurs qui ont essayé de regrouper un peu ces données, en donnant du rôle étiologique du facteur psychologique une conception paraissant plus globale et la plus acceptable, sont d'une part Kourilsky et ses nombreux collaborateurs comme Mme Kourilsky, Raimbaut, Gendrot, Lansade et d'autre part Turiaf, Wolfromm et Jacquelin.

Les diverses conceptions débouchent d'ailleurs sur des méthodes thérapeutiques fort nombreuses : la psychothérapie, qu'elle soit de l'enfant, de la mère, ou de groupe (RAIMBAUT, BERTRAND), de soutien (ZISKIND), la gymnastique respiratoire (BERTRAND, VAN DER HALE, ORLANDI), le training autogène (SCHULTZ, PRINGUET, GRILLIAT, VAUTRIN), les cures de sommeil, introduites d'U.R.S.S. par BRISSET et GACHKEL et utilisées au Service de Médemine D (GRILLIAT, Mme MANCIAUX, Mlle VAUTRIN), les cures thermales ou d'altitude où intervient la « parentectomie » (GAU, GAUCHOIS, etc.) ont été ou sont encore utilisées (en plus des médications tranquillisantes) avec plus ou moins de bonheur pour essayer de diminuer la part de ce facteur psychologique.

2) Plan d'étude

Pour notre part, nous ne voulons pas, et ce n'est pas le but de ce travail, rentrer dans ces controverses, ni essayer d'expliquer le mécanisme de ce facteur psychologique, mais au contraire essayer d'apprécier le plus objectivement possible l'importance de ce facteurs chez les adolescents asthmatiques.

Un examen psychologique a donc été pratiqué systématiquement pour chaque malade. Nous avons dépouillé de manière identique tous les renseignements obtenus en les notant sur nos observations types, puis sur un grand tableau récapitulatif.

Nous procéderons donc comme précédemment en analysant chaque rubrique et en essayant d'apprécier en fin de compte la part de ce facteur étiologique dans l'asthme de chaque sujet, cette conclusion restant partielle car il faudra confronter ces résultats à ceux obtenus pour les autres facteurs étiologiques.

B — DONNÉES D'INTERROGATOIRE OU DONNÉES OBJECTIVES

1) Structure familiale

Rappelons ici que nous avons trouvé une structure familiale anormale ou déficiente dans 42,5 % des cas et qu'une vie familiale normale est quasiment indispensable pour le bon développement psychologique de l'individu (tableau 1).

2) Antécédents familiaux de type psychiatrique

Nous avons retrouvé cinq fois de tels antécédents, soit dans 12,5 % des cas. Il s'agit une fois d'un père ayant eu de nombreux épisodes dépressifs et s'étant suicidé au cours de l'un d'eux. L'on note deux autres cas de dépressions successives avec tentatives de suicide, infructueuses celles-là, et traitement en milieu psychiatrique. Le frère d'un de nos sujets est actuellement traité en milieu psychiatrique (on ne sait pas pourquoi). Enfin, si l'on élimine de ces cinq cas

celui d'un frère présentant une débilité post-encéphalitique, il n'en reste pas moins que 10 % de nos sujets présentent ce type d'antécédents.

3) Caractère des parents

Les parents de nos asthmatiques n'ont pas eu d'examen psychologique et si les psychologues ont pu se faire personnellement une idée de certains d'entre eux (accompagnant leurs enfants lors de l'examen psychologique), ils ont dû le plus souvent la déduire des dires du sujet.

a) *En ce qui concerne les mères*

Nous les avons trouvé anxieuses, surprotectrices, autoritaires, nerveuses, ou présentant plusieurs de ces caractères à la fois dans 23 cas, soit dans 57,5 % des cas, ces facteurs se répartissant ainsi :

— anxiété	11 fois	27,5 %
— surprotection	5 fois	12,5 %
— autoritarisme	13 fois	32,5 %
— nervosité	9 fois	22,5 %

De très nombreux auteurs ont étudié les mères de ces enfants asthmatiques et bien que n'ayant pas pour notre part développé ces notions connues, ces chiffres correspondent à ceux de la majorité des auteurs (Block, Harvey, Dennings et Simpson, Geubelle, Kourilsky et ses collaborateurs). Quant à Jarret, Masbernard et Bernard, ils notent que la mère est pathologique (soit asthmatique, soit névrotique, soit, une fois, psychotique), dans 40 % des cas sur 75 sujets envisagés, trouvant 15 % de frustration affective chez ces mêmes sujets. Martine Roche (La Bourboule), Nicolas et Goldstein (Liège) insistent beaucoup sur les caractères maternels d'autoritarisme et d'anxiété. Enfin, M. Morlet a fait très récemment une étude synthétique des relations à la mère et de la mère asthmatogène et nous retrouvons souvent chez nos sujets le type de mère qu'il décrit (« étouffante, surprotectrice, anxiogène »).

b) *En ce qui concerne le père :*

Si sa présence peut être néfaste (dans 8 cas, il est sévère, ou irritable, rude, violent, voire alcoolique), son absence peut l'être également et l'est même souvent bien plus, que cette absence soit réelle dans les 9 cas déjà cités (deuil, abandon, divorce), ou qu'elle soit virtuelle.

En effet, nous trouvons dans un nombre de cas équivalent (9 fois), un père manquant de « présence » car, passif ou trop anxieux, il

s'est démis ou a été démis (par une mère autoritaire) de son autorité, cela se répercutant très profondément sur le psychisme des sujets comme nous le montrera le test de Rohrschach.

4) Entente familiale du sujet

Nous nous sommes efforcés d'apprécier le degré d'entente familiale du sujet avec ses parents comme avec ses frères et sœurs ou les gens qui peuvent habiter avec lui : grands-parents, beaux-parents (KOURILSKY, ROCHE). En nous plaçant sur le plan conscient, nous avons constaté que chaque fois que le milieu familial était normalement structuré, le sujet s'entendait correctement tant avec ses parents qu'avec ses frères et sœurs. Rappelons néanmoins le nombre élevé d'enfants par famille qui induit souvent une sorte de nervosité générale dans ces familles. Il n'existait pas de problèmes particuliers de cohabitation.

Nous avons noté plusieurs fois une attitude de protection du fils vis-à-vis de la mère dans des familles à père absent; mais remarquons que de telles situations de couples mère-fils ou mère-fille très étroits ne nuisent généralement pas à l'entente familiale superficielle mais tendent au contraire à l'améliorer. Enfin, trois de nos sujets ressentaient leur milieu familial comme sclérosant, mais l'entente avec ce milieu restait correcte.

5) Influence réciproque de l'asthme et des événements de la vie du sujet

KOURILSKY a particulièrement insisté sur la nécessité de dresser parallèlement, pour chaque sujet, le tableau chronologique des événements importants de sa vie et celui de l'évolution de sa maladie. KOURILSKY et Martine ROCHE notent ainsi toutes les corrélations qui sont à la fois traumatisantes pour la personnalité de l'enfant et conflictuelles pour son affectivité, à savoir :

— les événements familiaux : dissociation du couple (divorce, décès), parents mal assortis, cohabitation de parents ou beaux-parents au foyer, rivalité fraternelle;

— les événements professionnels à incidence familiale : cessation du travail (chômage, retraite, maternité), désaccord au cours du travail, etc.

Nous avons noté ces éléments mais également les événements qui survenaient au sujet lui-même (d'ordre scolaire ou socio-professionnel) dans le tableau consacré aux circonstances de début de la maladie.

Sur nos 40 sujets, 24, soit 60 %, ont vu leur asthme se déclencher, ou se modifier, presque toujours dans le sens d'une aggravation,

lors de l'une ou l'autre de ces circonstances. A ce propos, il faut noter l'influence des émotions dans le déclenchement ou l'aggravation des crises (que nous n'étudierons pas car ayant fait l'objet de multiples travaux), mais il faut savoir également que ces émotions peuvent avoir des effets bénéfiques sur l'asthme, Ralph HALE attribuant cela à la sécrétion d'épiphédrine lors du stress émotionnel. Quoiqu'il en soit, la fréquence de ces circonstances étiologiques laisse supposer l'importance de ce facteur psychologique.

6) **Le comportement du sujet**

Il mérite d'être apprécié : 19 sujets (soit 47,5 % des cas) sont nerveux et le plus souvent irritables, le rôle des émotions dans le déclenchement des crises étant le plus notable chez eux.

Une dizaine de sujets sont d'ailleurs vraiment émotifs. D'autres sont timides ou sensibles, mais l'on est frappé également par :

— l'égocentrisme très caractéristique de ces sujets (ROCHE) et surtout :

— par le nombre de sujets ayant un comportement inhibé : 6 cas (15 % des cas) ou souffrant d'un sentiment d'infériorité notable (6 cas).

C — DONNÉES D'EXAMEN

1) **Niveau intellectuel**

L'intelligence du sujet n'a été testée que 26 fois, étant supposée moyenne les 14 autres fois. Sur les 26 cas testés, elle était moyenne 12 fois, donc 14 + 12 = 26 fois, soit dans 65 % des cas, supérieure 4 fois (10 %), et, ce qui nous a paru beaucoup plus étonnant, elle était médiocre, faible, voire très frustre 10 fois, soit dans 25 % des cas. Cette constatation est surprenante car l'on s'accorde à considérer généralement que l'asthmatique a une intelligence normale ou supérieure à la moyenne. Nous ne pouvons cependant pas en tirer de conclusions significatives car il faudrait pour cela mettre ces chiffres en corrélation avec le QI moyen d'une population hospitalière (inférieure à la normale). Par ailleurs, il n'y a que deux sujets vraiment oligophrènes parmi les sujets à intelligence médiocre et ceci n'infirme pas les intéressantes constatations de GRIFFITH M.D. et M. IDRIS qui notent une corrélation négative entre l'asthme et la déficience mentale. En effet, sur 400 sujets, dont 380 arriérés mentaux et 20 sujets à intelligence normale, les auteurs ne trouvent que deux cas d'asthme, chez des sujets ayant un QI l'un de 102, l'autre de 78, soit un seul asthme sur les 380 déficients alors que d'après les statistiques générales (1,76 %), ils auraient dû en trouver 6 ou 7.

2) **L'anxiété**

L'anxiété est pour tous les auteurs un des traits caractéristiques, le plus important sans doute, de la psychologie de l'asthmatique (KOURILSKY) et, qu'elle soit cause ou conséquence, elle est quasi-constante. L'examen psychologique et les tests nous révèlent que 30 de nos malades, soit 75 %, présentent effectivement un état anxieux. Tous les degrés d'anxiété peuvent se rencontrer :

— anxiété réactionnelle à la maladie,

— anxiété due à une situation sociale ou scolaire précaire,

— anxiété latente décelée au Rohrschach ou au MMPI,

— forte anxiété de base, véritable sentiment d'insécurité globale,

— angoisse d'être abandonné ou de perdre l'amour de sa mère (CORNIER) qui est souvent fondamentale,

— angoisse devant la sexualité ou devant une image parentale trop « imposante »

mais ce fait étant particulièrement classique, il semble inutile de s'y appesantir.

3) **Affectivité du sujet**

Il est évidemment très délicat de chiffrer de tels éléments, mais nous avons été surpris de constater qu'il existait une sorte de « profil » général de ces adolescents asthmatiques. Souvent, en effet, ils ont une affectivité pauvre ou même bloquée (16 fois) manquant de contrôle affectif (impulsivité notée 10 fois) et refoulant le plus souvent (10 fois) une agressivité qu'ils expriment parfois (4 fois) cf. CORNIER. De nombreux auteurs, notamment les psychanalystes, considèrent que l'asthme, blocage de la respiration, n'est que l'expression de ce blocage affectif (cf. notion de « cri rentré », etc.). Sans être aussi catégorique, il faut néanmoins souligner que ce parallélisme est fréquent (ici 40 %) et assez troublant.

Nous avons noté également assez souvent une introversion (6 fois) et une passivité (6 fois). Les autres types d'affectivité sont plus rares : affectivité labile (2 fois), frustration affective (2 fois) se traduisant chez un sujet par une véritable avidité affective orale et ayant entraîné une obésité notable par un mécanisme de compensation (obs. 5).

4) **Attitude devant la sexualité**

Nous supposions que l'asthmatique, lors de son adolescence, serait aux prises avec les problèmes de la sexualité, et nous avons effectivement constaté ces faits de nombreuses fois. Notons que

l'examen psychologique tient évidemment compte de l'âge des sujets et ne se réfère pas à la sexualité de type adulte avant de conclure à une immaturité sexuelle; car l'on peut évidemment avoir une maturité sexuelle normale à 15 ans et présenter une immaturité sexuelle à 30 ans (en nous plaçant, bien entendu, sur le plan psychologique).

Cela étant dit, l'attitude des sujets devant la sexualité est plus ou moins perturbée chez 27 d'entre eux, soit dans 67,5 %. Ce que nous rencontrons le plus fréquemment est l'immaturité sexuelle 14 fois (soit dans 35 % des cas), tandis que la peur, le refus ou l'impossibilité (par mauvaise identification féminine) d'assumer la féminité se rencontrent chez six jeunes filles, une homosexualité latente existe chez quatre sujets. Enfin, la sexualité est vécue parfois sur d'autres modes :

— d'anxiété : 5 fois anxiété globale (1 fois) ; crainte de l'homme (1 fois), de la femme (1 fois), de la mort dans les rapports sexuels (1 fois), de la castration (1 fois),

— d'agressivité (2 fois),

— de refoulement (1 fois),

— de dévitalisation (1 fois),

— d'ambivalence (1 fois).

Il nous semble utile de distinguer ici deux types de problèmes :

— d'une part, un problème fréquent et plus général, celui de l'immaturité, qui découle, le plus souvent par manque d'autonomie, de l'immaturité globale qui caractérise comme nous allons le voir, l'adolescent asthmatique;

— d'autre part, les autres problèmes (sexualité, agressive, anxiogène, dévitalisée, ambivalente, etc.) qui semblent être plus personnels et sous la dépendance de mauvaises identifications parentales.

5) **Immaturité, infantilisme et dépendance**

Nicolas et Goldstein considèrent que si de nombreux facteurs affectifs peuvent intervenir dans la genèse de l'asthme, le plus constant est bien l'attachement excessif à la mère, opinion partagée par la plupart des auteurs, les psychanalystes en tête. Ces auteurs retrouvent très fréquemment chez ces sujets ce qu'ils appellent « un défaut psychologique d'indépendance et de maturité ». Ces notions sont d'ailleurs en relation étroite et souvent indissolubles, l'enfant très fixé à sa mère en sera dépendant et son psychisme sera rapidement immature,

L'inverse n'est pas forcément vrai, et un sujet peut rester immature bien qu'ayant acquis un degré normal d'autonomie. L'examen psychologique concluait à une immaturité (ou à un infantilisme) chez 32 de nos sujets, soit dans 80 % des cas, dont 28 (70 %) présentaient effectivement une dépendance ou un attachement excessif à la mère. L'on ne trouve vraiment de problèmes d'Oedipe non résolu que dans trois cas (C. Righini). Nous voyons donc un nouveau caractère commun à la majorité de nos asthmatiques se dessiner. Chez de jeunes adultes, Jarret, Masbernard et Bernard trouvaient une immaturité dans 70 % des cas, chiffre voisin du nôtre.

Envisageant ici l'immaturité globale de la personnalité, nous n'avons pas fait figurer ici le cas d'un sujet immature sur le plan social, et qui désirait d'ailleurs y conquérir une autonomie.

6) Images parentales d'après le test de Rohrschach

Parallèlement à l'appréciation de l'entente superficielle avec les parents et de la fixation excessive à la mère, nous avons regroupé dans le tableau qui suit les images parentales inconscientes qui nous sont fournies par le test de Rohrschach :

Image de la Mère	Image du Père
— dévitalisée, éloignée, floue et donc peu structurante 9 fois	— dévitalisée, floue, absente, non structurante 18 fois
— opposition, rejet, conflit 6 fois	— opposition, rejet 3 fois
— fixée ++, infantile ou régressive (dont 3 images vraiment oedipiennes) 20 fois	— attachement excessif 0 fois
— agressivité 2 fois	— agressivité 3 fois
— absence d'image féminine 1 fois	— virilisée 1 fois
— anxiogène 10 fois	— anxiogène (autoritaire, menaçante) 8 fois

Plusieurs choses sont à noter :

a) les images parentales sont bonnes 6 fois, et donc 34 sujets, soit 85 %, ont une des deux images (paternelle ou maternelle) perturbée, voire les deux à la fois.

b) Ces données inconscientes confirment nettement plusieurs de

nos conclusions :

— en ce qui concerne l'immaturité ou la fixation à la mère, nous retrouvons une image maternelle de type infantile ou régressif dans la moitié des cas;

— la mère est d'autant plus « prégnante » au Rohrschach que le père est effectivement psychologiquement absent ou éloigné dans 18 cas. Ce chiffre prouve que les absences réelles ou « virtuelles » (que nous notions également 18 fois) du père ont bien une répercussion psychologique importante, chez ces jeunes asthmatiques;

— les parents sont souvent anxiogènes (père : 8 cas, mère 10 cas), ce que notaient également Nicolas et Goldstein, qui retrouvaient souvent la peur de la mère, aux tests projectifs. Cette mère « dangereuse » engendre, pour ces auteurs, un enfant agressif mais qui doit bloquer (et culpabiliser) son agressivité, et nous avons également souligné la fréquence de ces agressivités refoulées.

7) **Divers**

Nous n'avons pu pratiquer que 7 fois le test du Minnesota (MMPI) que nous faisons passer systématiquement aux adultes, et dont nous ne pouvons pas tenir compte ici.

Enfin, nous avons noté les autres éléments pouvant être l'expression de difficultés psychologiques et avons trouvé quatre fois une onychophagie, une fois une gaucherie, une fois une énurésie jusqu'à l'âge de dix ans.

D — CONCLUSION SUR L'IMPORTANCE DU FACTEUR PSYCHOLOGIQUE

L'étude analytique de chaque facteur dégage les caractères généraux de ces facteurs psychologiques, mais il faut en conclure quelle est la part effective du facteur psychologique dans la maladie de chaque sujet. Nous avons classé ces conclusions en « psychose », « névrose familiale » et « facteur psychique individuel ».

— Nous craignions, pour l'un de nos sujets, une évolution schizophrénique ultérieure; malheureusement, nous l'avons perdu de vue et nous ne connaissons pas la suite de son évolution.

— Par « névrose familiale », nous entendions noter le cas où les antécédents psychologiques étaient tellement chargés et les conditions de vie socio-professionnelle (du sujet et de ses parents) tellement précaires que le sujet ne pouvait se développer normalement, ce que nous avons effectivement trouvé à six reprises.

— En ce qui concerne l'importance du facteur psychologique chez chaque sujet, nous avons noté sa présence chez 30 sujets, *soit dans* 75 % des cas, se répartissant ainsi :

— facteur psychique minime, d'entretien	3 fois
— facteur psychique notable	11 fois
— facteur psychique important	12 fois
— étiologie psychogène	4 fois
— pas de facteur psychologique	10 fois

La part exacte de ce facteur ne pourra être appréciée, une fois de plus, que par la confrontation avec les autres facteurs, *mais il nous faut cependant signaler l'extrême fréquence des troubles de la personnalité chez ces jeunes asthmatiques*, ce que soulignent également KNAPP *et* NEMEZ. Cette opinion est aussi celle de BERNARD qui, ayant montré 40 de ses 75 jeunes appelés aux psychologues, avait conclu 23 fois sur 40 (soit dans 57,5 % des cas) à « des troubles notoires de la personnalité ».

Sans entrer ici dans les controverses existant sur les rapports entre asthme et névrose, les asthmatiques étant tous des névrosés pour de nombreux psychanalystes ou psychosomaticiens (notamment LORAS, et DELGADO cité par JARRET) ne l'étant pas ou rarement pour d'autres, nous nous bornerons à indiquer que nous concluions 11 fois (27,5 %) à un état névropathique (névrose d'angoisse vraie ou somatisation d'une forte angoisse), JARRET trouvant également cette proportion de névrosés (30 %).

Evidemment, on peut discuter longuement sur le mode exact de l'interférence entre l'asthme et ces facteurs psychologiques, n'étant pas douteux que toute dyspnée est, en elle-même, angoissante. Toutefois, à notre point de vue, il existe bien une constitution psychologique de base qui favorise l'asthme avant que l'asthme en lui-même ne majore la tendance psychologique, d'où un véritable turn-over qui entretiendra la maladie.

(TABLEAU nº 8)

8ème tableau : Facteurs psychologiques : 1/ Données objectives 2/ Données d'examen 3/ Conclusions

	DONNEES OBJECTIVES							DONNEES D'EXAMEN								CONCLUSIONS		
N°	antécéden. psyc. familiaux	Caractère parents				Entente avec les parents et avec la fratrie	Comportement du sujet	Intelligence	Anxiété	Affectivité	Sexualité	Immaturité infantilisme	Dév. fixation à la mère	Images parentales au Rohrschach		Psychose	Nev. fam.	Rôle du facteur psychologique
		mère		père										mère	père			
		anx. sur prot.	Auto. rit. rejetante	Rude autorit.	passif													
1		+				Bonne	nerveuse émotive	N	+	Passivité		+	+	floue	floue			Nul
2			+	+		Correcte	égocentrée	N		bloquée introversion	immatur.	+		oppos.	floue			Nul
3	+					Correcte		N	++		Normale		+	fixée	éloignée		+	Notable
4			+	+		Bonne	inférior.	débil.	+	agress.	Normale		+	fixée	non modelan.			Notable
5				+		Bonne	irrita.	N	++	agress.	infant.	+	+	Dévita. agres.	dévital. agress.			Etio. psycho.
6						Bonne	émotive colérause	Supér.	+	impuls.	anxiog.	+		bonne	désante.			Nul le
7						Bonne	inférior.	Sub N	+	Bloquée impuls.	immat.	+	+	Infant.	anxiog.			Notable
8		+				Correcte	rêveur peu expr.	faible	+	bloquée passiv. agress.	immatu. Homosex. lat	++	++	Fixée	anxiog.	+ ?		Etio. Psycho.
9			+			Correcte	nervosité	faible	+	impuls.	immat.	+	+	Infant.	vimil/			Important
10						Bonne	nervosité émotive	oligo-phrène		impuls. agres.	vécue agres.	+	+	Infant. anxiog.	N			Notable
11		+				Bonne	inhibé	Normal	++	blocage agress.	N	+	++	anxiog.	N			Notable
12						Médiocre	sensible	faible	+	passiv.	N			blocage	blocage			Important
13						superfic.	inhibé	faible	+	blocage agress.	N	+	+	Régres.	anxiog.			Important
14						correcte		norm.	+	introv.	immat.			anxiog.	floue			Notable
15	+		+		+	Correcte	nervosité	Normal		impuls.	immat.			normal	normal		+	Nul
16		+		+		Bonne		faible	+	pauvre	normal	++	+	Infant.	agres.			Notable
17			+		+	Correcte	nervosité émotive	normal	+	impuls. introv.	crainte de mort	+	++	anxiog.	anxiog.			Notable
18						Correcte		normal		introv. agress.	refoul.	+	++	rejetée	normal			Important
19						Bonne		normal	+	labile	dévital. homosex. latente	+		Floue anxiog.	rejet			Nul
20						Bonne		normal		pauvre				normale	normale			Nul
21						Correcte	nervosité	normal	+		crainte homme	+	+	à dist. conflit.	opposit.		+	Notable
22			+	+		Correcte		faible		impuls.		+	+					Modéré
23			+			Bonne		normal	+	passiv. impuls.	normale	+	++	castat.	éloignée			Important
24		+			+	Bonne	nervosité introv.	normale	+		anxiog. homosex. latente	+	++	Anxiog.	N			Important
25						Correcte		normale		instab.	vécue agress.	+		floue infant. agress.	éloignée			Nul
26		+				Médiocre	nervosité inhibition émotive	normale	+	passivi	immatur. dévital.	+	++	régres.	dévital.		+	Important
27		+			+	Bonne	nervosité	normale	+	agres.	refus fémin.	++	+	infant.	valorisée		+	Important
28	+		+			Correcte	inférior.	N	+	bonne	pas id. féminin.	+	+	anxiog. infant.	peu model.		+	Important
29						Bonne	nervosité	supér.										Nul
30		+				Médiocre	inhibit.++ inférior.	N	+	bloqué	immat.	++	+	négative				Important
31						Bonne	inférior.	N	+	agres.		+	++	fix.++	idéalisée			valable
32						Correcte	nervosité	fruste		impuls.	dangereux attirants	+	+	N	agressiv.			Etiol psych.
33	+		+	+	+	Médiocre	nervosité	normale	+	blocage impuls.	homosex. latente	++	+	Floue régres.	anxiog.		+	Important
34						Correcte	nervosité	normale	+	Agres.	immat.			anxiog.				Modéré
35		+		+		Médiocre	nervosité	supér.	+	Agres. frust.	identif. mascul.	+	+	Etouf. frust.			+	Notable
36			+			Bonne	nervosité émotive	normale	+		normale		+	bonne	bonne			Modéré
37						Bonne	nervosité éthylism.	oligon.	+	impuls	immatu. cr.cast.	+		régres.	dévitalis.			Etiologie psy.
38	+	+				Bonne	émotiv.	supér.	++		infant.	++	++	Infant.	anxiog.			Important
39						Bonne	Nervosité	Normale		pauvre	normale	+	+	Normale	normale			Nul
40						Correcte	émotivité	Normale	+					floue anxiog.	éloignée			Nul

CHAPITRE XI

SYNTHESE DES FACTEURS ETIOLOGIQUES ET CLASSIFICATION

SYNTHÈSE DES FACTEURS ETIOLOGIQUES ET CLASSIFICATION

I. — RAPPEL DES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES RENCONTRÉS

De multiples facteurs peuvent jouer un rôle dans la pathogénie et l'entretien de l'asthme, mais ces facteurs peuvent être ramenés à quatre : allergique, psychologique, infectieux et endocrinien. En effet, des facteurs tels que l'habitat, la condition socio-économique ou professionnelle du sujet ne jouent qu'en se répercutant sur le plan psychologique. De même, tous les foyers infectieux (ORL, bronchique, à distance) influent sur le systhème bronchique. Enfin, du point de vue endocrinien, nous retenons un tel facteur étiologique, non en fonction de perturbations endocriniennes détectées par la biologie, mais en fonction d'une relation dans le temps entre les événements endocriniens de la vie et l'asthme. Ceci dit, nous notions :

— un facteur allergique	38 fois	95 %
— un facteur psychologique	30 fois	75 %
— un facteur infectieux	11 fois	27,5 %
— un facteur endocrinien	8 fois	20 %

Les pourcentages ainsi énoncés montrent d'emblée qu'on ne peut parler d'asthme allergique, infectieux, etc., car dans la plupart des cas, ces facteurs sont associés. Tout au plus, peut-on parler d'asthme à prédominance allergique, psychologique etc.

D'ailleurs, CHARPIN conseille également de parler d'asthme comportant un facteur allergique, plutôt que d'asthme allergique, comportant un facteur endocrinien, plutôt que d'asthme endocrinien, etc., et il ne retient, lui aussi, que ces quatre facteurs principaux.

S'il existe bien quatre facteurs, l'importance particulière de deux d'entre eux nous apparaît déjà : il s'agit du facteur allergique et du facteur psychologique. Mais le facteur allergique, constant si l'on envisage le terrain ou l'allergie cutanée, est privilégié car il peut intervenir seul, au contraire des autres facteurs, qui se greffent le plus souvent sur un terrain allergique.

II. — MÉTHODE DE CLASSIFICATION

Nous avons noté sur un tableau récapitulatif l'importance de chaque facteur. Nous nous sommes efforcés de mettre ces facteurs en équation (avec toutes les réserves que l'on peut faire sur ce sujet), et nous avons apprécié et fait figurer ainsi l'importance de chaque facteur :

a = allergie mineure ou modérée

A = allergie notable ou importante

p = facteur psychologique mineur ou modéré

P = facteur psychologique notable, important ou étiologie psychogène

I = existence d'un facteur infectieux (bronchique ou ORL)

E = existence d'un facteur endocrinien

Ceci nous donne une formule (aP-ApI par exemple) approximative certes, mais qui nous permet de nous faire une bonne idée de l'importance relative de chaque facteur et de classer chaque sujet dans une catégorie donnée. Nous en donnerons quelques exemples parmi nos observations.

III. — RÉSULTATS

Nous obtenons les résultats suivants :

— *Asthme à prédominance allergique nette :* 12 fois
se décomposant comme suit :

A =	allergie majeure isolée	6 fois
a =	allergie modérée isolée	2 fois
Ap =	allergie majeure + facteur psychologique modéré	3 fois
ApI =	allergie majeure + facteur psychologique minime + facteur infectieux	1 fois

— *Asthme à prédominance psychologique nette :* 9 fois

aP =	facteur psychologique important avec allergie modérée	8 fois
P =	facteur psychologique isolé étiologie psychogène vraie	1 fois

— *Asthme à prédominance endocrinienne :* 1 fois

aE =	facteur endocrinien important avec facteur allergique modéré	1 fois

Nous voyons donc dans 22 cas l'un des facteurs prédominer nettement. Dans les 18 cas restant, plusieurs facteurs ont un rôle important et il est difficile de dire lequel l'emporte. Cependant, l'on voit encore dans ces cas l'importance des facteurs psychologiques et allergiques. On rencontre en effet :

— *Un asthme à prédominance allergique avec d'autres facteurs :*

11 fois, se répartissant ainsi :

AP	6 fois
API	2 fois
APE	1 fois
AI	1 fois
ApI	1 fois

— *Une asthme à prédominance psychologique avec d'autres facteurs,* 7 fois se répartissant ainsi :

aPI	4 fois
aPIE	2 fois
aPE	1 fois

La diversité des résultats obtenus, et la multiplicité des formules possibles, font ressortir que l'asthme est un symptôme, que les étiologies chez l'adolescent comme chez l'adulte en sont multiples et qu'il est effectivement inopportun de parler d'asthme allergique, infectieux, psychologique ou endocrinien. En effet, le même résultat (la crise d'asthme) est obtenu aussi bien par une allergie mineure isolée (a) que par la sommation de facteurs allergiques, psychologiques et infectieux importants (API); quoiqu'approximative, cette classification met donc en évidence la prédominance de certains facteurs, de certaines associations, de même que la possibilité d'interférences passagères entre ces facteurs.

Enfin, si dans notre tranche d'âge c'est surtout le facteur allergique et à un degré moindre le facteur psychologique qui sont rencontrés, il sera toujours utile, pour traiter efficacement ces sujets, d'apprécier soigneusement l'importance de tous les facteurs étiologiques possibles.

(TABLEAU n° 9)

RECAPITULATION

N°	Conclusion sur le facteur allergique	Conclusion sur le facteur psychologique	Conclusion sur le facteur infectieux	Autre endocrine	Conclusion			
1	Modéré	Nul		règles ++	a	P	I	E
2	notable	Nul	+		A		I	
3	Modéré	notable	+	règles ++ grossesse ++	a	P	I	E
4	Notable	notable	+		A	P	I	
5	Mineure	étiologie psychogène			a	P		
6	Notable	nul			A			
7	Important	notable	+		A	P	I	
8	Mineure	étiologie psychogène			a	P		
9	Modérée	Important	+	puberté ++ règles ++	a	P	I	E
10	Nulle	Important		règles ++ Syndrome menturel ++ grossesse ++		P		E
11	modéré	notable			a	P		
12	modéré	Important	+		a	P	I	
13	mineure	Important	+		a	P	I	
14	modérée	notable			a	P		
15	modérée	nulle			a			
16	notable	notable		règles +	A	P		E
17	mineure	notable		règles +	a	P		E
18	notable	modéré	+		A	P	I	
19	notable	nulle			A			
20	Important	nulle			A			
21	nulle	notable				P		
22	notable	modérée			A	P		
23	modéré	Important	+		a	P	I	
24	modéré	Important	+		a	P	I	
25	notable	nulle			A			
26	notable	Important			A	P		
27	notable	Important	+	règles +	A	P	I	
28	Notable	Important	+		A	P	I	
29	Notable	nulle			A			
30	Modérée	étiologie psychogène			a	P		
31	Important	notable			A	P		
32	Modéré	étiologie psychogène			a	P		
33	Modéré	Important			a	P		
34	Notable	modéré			A	P		
35	notable	notable			A	P		
36	Notable	modéré		règles +	A	P		E
37	Modéré	étiologie psychogène			a	P		
38	Notable	Important			A	P		
39	Modéré	nulle			a			
40	Notable	nulle			A			

CHAPITRE XII

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

A — RÉSULTATS

1) Introduction

Il est très difficile d'apprécier les effets des thérapeutiques qui ont été prescrites à nos adolescents. En effet, d'une part nous disposons d'un arsenal thérapeutique très important et ne pouvons envisager séparément l'effet de chaque produit ou de chaque méthode de traitement; d'autre part, il y a une multiplicité d'associations thérapeutiques possibles et le traitement proposé pourra varier beaucoup d'un sujet à l'autre.

Mais il faut distinguer ici le traitement de fond et le traitement symptomatique. Ce dernier est en général toujours le même (dérivé des aminophyllines, corticoïdes, sympathicomimétiques) et sert à passer un cap aigu dans la maladie; ce n'est pas de ce traitement que nous parlerons ici. Au contraire, le traitement de fond, lui, doit dépendre des différentes causes étiologiques, et étant donné la multiplicité des associations possibles, l'on conçoit que ce traitement soit à multiples facettes.

2) Appréciation des résultats thérapeutiques

Pour essayer d'apprécier le plus objectivement possible les résultats des traitements qui ont été prescrits, nous avons envoyé à nos malades ce questionnaire :

QUESTIONNAIRE

1) Quels sont les médicaments qui vous ont été prescrits ? (en donner les noms si possible) :
   En avez-vous ressenti une amélioration ?
   nulle — mineure — modérée — notable — importante

2) Avez-vous subi un traitement de désensibilisation ? Si oui à quel élément ? (poussières, pollens, candidine, ou autre ?)
   En avez-vous ressenti une amélioration ?
   nulle — mineure — modérée — notable — importante

3) Avez-vous, sur nos conseils, changé quelque chose dans vos activités ou votre manière de vivre (placement dans un établissement spécialisé, scolaire ou d'apprentissage professionnel, cure d'altitude, changement de métier, etc. Si oui, précisez-en la nature ?
En avez-vous ressenti une amélioration ?
nulle — mineure — modérée — notable — importante

4) Vous a-t-on conseillé autre chose non mentionné ci-dessus. Si oui, quoi ?
Quel en a été le résultat ?

En conclusion

A la suite de ces divers traitements votre asthme :

— n'a-t-il pas été amélioré ?

— a-t-il été amélioré ?
de façon mineure, modérée, notable, importante (guérison)

— et à votre avis, qu'est-ce qui vous a fait le plus de bien ?

* les médicaments
* la désensibilisation
* les cures
* un changement intervenu dans votre mode de vie
* autre chose

— Remarques ou observations éventuelles de votre part :
(Rayez les mentions inutiles)

---

3) **Résultats**

Sur les vingt et un sujets qui nous ont répondu, nous notons :

— 2 échecs, soit 9,5 %,

— 4 résultats médiocres (amélioration mineure ou modérée), soit 19 %,

— 15 bons résultats : 71,5 %
* dont 8 fois une amélioration très importante (voire une guérison)
* et 7 fois une amélioration notable.

En tenant compte du fait que certains sujets ne suivent pas aveuglément les prescriptions et les conseils donnés, cette proportion de 71,5 % de bons résultats nous semble satisfaisante, mais encore perfectible (tableau thérapeutique n° 10).

B — COMMENTAIRES

Du point de vue thérapeutique, nous croyons pouvoir dégager quelques points importants de notre étude et de nos résultats.

1) Comme nous l'avons signalé à plusieurs reprises, il est indispensable avant d'établir le traitement de fond de l'asthmatique, de faire le bilan précis de tous les facteurs étiologiques de sa maladie.

2) Ce bilan étant fait, il est souhaitable d'essayer d'agir sur tous les facteurs étiologiques décelés : par exemple, s'il existe à la fois une allergie notable (A) et un facteur psychologique important (P), il ne faudra pas s'étonner de voir une désensibilisation bien menée échouer ou n'apporter qu'une amélioration modérée, si l'on n'essaye pas de porter en même temps remède aux problèmes psychologiques du sujet.

3) Il existe un véritable seuil de déclenchement des crises et ce seuil peut être atteint aussi bien par un seul facteur modéré (a), que par plusieurs facteurs important (APIE). Ceci explique que, si nous pensons avoir un maximum de chances en traitant tous les facteurs étiologiques, cela n'exclut pas que nous puissions obtenir un succès thérapeutique en ne traitant qu'un seul de ces facteurs. Par exemple, un sujet au terrain allergique très affirmé, peut ne pas déclencher de crise d'asthme tant qu'un facteur infectieux, psychologique ou endocrinien ne vient pas s'y ajouter. En agissant sur ce facteur, on peut supprimer les manifestations cliniques, et le seul facteur allergique devenant à nouveau infraliminaire, les crises peuvent ne plus jamais se reproduire.

4) C'est dire également que l'asthme sera d'autant plus facile à traiter que les facteurs étiologiques seront moins nombreux et moins intriqués. Si un facteur bronchique, psychologique ou allergique est seul en cause ou nettement prédominant, le sujet pourra être guéri, respectivement, par une désinfection bronchique soigneuse, une simple parentectomie ou une désensibilisation à la seule poussière.

5) Il est indispensable de faire un bilan allergologique complet pour choisir judicieusement l'allergène de désensibilisation, si cette méthode de traitement est retenue.

6) Quel que soit le, ou les, facteurs en cause, c'est avec les bronches que le sujet fait son asthme. Aussi, faut-il traiter soigneusement et systématiquement toute infection rhino-pharyngée ou bronchique, même si ces infections ne semblent pas avoir d'incidence directe sur l'évolution de la maladie.

7) Nous avons souvent prescrit ou plutôt conseillé à nos sujets des traitements à visée psychologique. Il faut distinguer ici deux choses : les structures névrotiques, du ressort de la psychothérapie, voire de la psychanalyse, et, ce qui est beaucoup plus fréquent, des troubles psychologiques survenant sur une composante de base fra-

gile; en fait, c'est surtout le facteur familial et socio-professionnel que nous serons amenés à traiter et à améliorer. Pour cela, nous pratiquons une psychothérapie de soutien (ZISKIND), conseillons au sujet de changer éventuellement de milieu socio-professionnel, essayons de faciliter son émancipation familiale en agissant sur les parents, etc. Mais, dans ce cadre-là, certaines thérapeutiques accessoires peuvent être utiles :

— sans doute, les médications neurosédatives et tranquillisantes, à donner à petites doses;

— beaucoup mieux, les techniques de relaxation qui assurent la détente du sujet (mais il faut savoir qu'elles échouent assez souvent car la détente, au début, majore l'angoisse);

— enfin, la gymnastique respiratoire qui, en plus de son indéniable action physique, a un retentissement psychologique très heureux en rendant le patient maître de sa respiration et contribuant à lui enlever l'angoisse du souffle.

Mais nous nous sommes heurtés à deux types de difficultés en ce qui concerne ce genre de traitements ou de conseils :

— d'une part, la difficulté de les faire accepter aux sujets ou à leurs parents (difficultés pratiques de les appliquer ou impossibilité matérielle parfois, scepticisme ou refus plus souvent) et nous pensons qu'une collaboration étroite entre le médecin de famille, l'assistante sociale, les établissements spécialisés (lycées d'altitude, centres de formation professionnelle, foyers de jeunes travailleurs, etc.) et le service hospitalier, prend ici tout son sens.

— et d'autre part, la difficulté d'en apprécier les effets (grande part subjective, nécessité de revoir les sujets à distance, etc.).

8) En ce qui concerne les cures (thermales ou climatiques) 18 sujets (sur les 40) y ont recours et 16 s'en sont trouvé nettement améliorés. Ces excellents résultats ne nous surprennent pas dans la mesure où l'on a les meilleures chances de guérison en traitant simultanément ou successivement tous les facteurs en cause.

Or, la cure agit par ses vertus propres : climat, altitude et diminution de l'exposition aux allergènes, eaux, suivant les cas, tonifiant l'état général du sujet et le calmant, mais aussi par la « parentectomie » qu'elles réalisent et par les traitements que l'on ne manque pas d'y associer :

— dérivé des aminophyllines, corticoïdes, neurosédatifs, en début de cure pour stopper les crises et diminuer ainsi l'angoisse du sujet;

— désinfection bronchique et ORL s'il y a lieu;

— désensibilisation (avec les précautions d'usage à prendre en altitude et lors du retour en plaine);

— enfin, la relaxation, la gymnastique respiratoire, la psychothérapie de groupe, souvent réalisée dans les établissements de cure.

La cure ainsi conduite réalise un véritable « planning » de traitement et les médecins de cure : CAUCHOIS (Font-Romeu), GEUBELLE (Liège), GAU (Grasse), BERTRAND (Briançon), CASAUBON (Les Eaux-Bonnes), JUMON, ROCHE (La Bourboule), malgré quelques différences de méthodes, sont unanimes à souligner ces excellents résultats. C'est aussi l'avis de LEPOIRE (Briançon) avec lequel, au Service de Médecine D, nous entretenons des relations régulières.

9) Cependant, le problème ne se pose pas de la même façon quand on envisage une cure de quelques semaines, ou la cure climatique dans le cadre d'un lycée d'altitude dans lequel le sujet passera la majeure partie de l'année. Certes, les effets thérapeutiques en sont identiques et même souvent plus importants qu'en une cure simple, mais il ne faudra pas y placer un adolescent « à l'aveugle » car si la parentectomie est souvent l'un des buts recherchés, la « sociectomie » que les lycées réalisent également pourra s'avérer beaucoup plus néfaste. Aussi, faudra-t-il peser toujours soigneusement la décision d'y placer un adolescent, sans perdre de vue la nécessité de le réinsérer ultérieurement dans la société dont il aura été ainsi séparé.

TABLEAU n° 10

TABLEAU THERAPEUTIQUE

N°	Rappel type d'asthme	Thérapeut. médicamenteuse	Amélioration	Désensibilisation - spécifique - non spéci.	Amélioration	Traitement à visée psychologique	Amélioration	Cures	Amélioration	Résultats globaux Amélioration
1	a E		±					La Bourb.	++	Importante guérison
3	APIE	Théophylline	+	Poussières	+	changement de ville. Psychothérapie sout.	++ NF	Altitud.	+	Notable
4	API			Poussières	+	maison de jeunes trav.	+			Notable
7	API	Désinfec.Pulm.+ pulmon		Poussières	+	surveillance psyc. J.T.	NF			Notable
12	aPI	Aleudrine	0	Poussières	0	placement foyer J.T.	NF			Nulle
13	aPI	Symptomatiq.	++	Poussières	+	Centre de .. FPA	NF	Dieulefit	+	Modérée
14	aP	Théophylline Théralène	+ +	Poussières	++	Surveil. psy.		Briançon	+	Importante
17	aPE	symptom.	++					altitude	++	Importante guérison
19	A			Poussières	++			Savoie	++	Importante
20	A	anti-histam.	+	Poussières Farine	+ ±					Modérée
23	aPI	symptomatiq.	±			Valoriser viriliser habitat	NF			Nulle
24	aPI	symptomatique Lantigen B	± ±	Poussières Histaglobine	0 ±	CET sténodactylo pour autonomie	trop récent	La Bourb.	+	modérée
25				Poussières	+	changement profession. imprimeur	+			notable
26	AP	symptomatique Calcibronat	+ +	Poussières	+	chang. école autonomie	+			notable
27	APIE	symptomatique	+	Poussières	+	gymnastique respiratoire	NF ++	(Var)	++	Importante
28	API	symptomatique désinfection	+ ++	Hypostamine Histaglobine Allerglobuline	+	parentectom.	NF	Saint-Honoré	++	Notable
32	aP	symptomatique	++			Placement en centre rééducat.profes.	++	Cerdagne	++	Importante
35	AP	symptomatique	+	Poussières	0	J.O. polyval. valoriser encourgger Parentectom.	0 NF	Briançon	+	Modérée
36	ApE	Symptomatique	+	Poussières	++			La Bourb.	++	Importante guérison
38	AP	Calcibronat	+	Poussières	+	Calcibronat				Notable
40	A	Symptomatique	++	Poussières	++					Importante

CONCLUSION

CONCLUSION

Nous nous sommes efforcés de dégager les traits communs pouvant donner un aspect particulier à l'asthme de l'adolescent. Si certaines de nos constatations sont tout à fait classiques, d'autres le sont un peu moins et méritent d'être recherchées et éventuellement étudiées à plus grande échelle chez l'adolescent. Cependant, nos conclusions sont proches de celles de ROUMAGOUX, SAUVAGET, HAREL, SOUQUET, FAVIER et BOUCHER qui définissent ainsi l'asthme du jeune adulte (18 à 26 ans) : « l'asthmatique de 20 ans est un sujet dont un proche parent est asthmatique, qui a présenté une allergie cutanée de la toute première enfance et dont la réactivité propre s'est fixée, puis pérennisée sur l'appareil broncho-pulmonaire après un épisode inaugural bronchique, pleural ou broncho-pulmonaire ».

Ces auteurs notent que l'allergie reste au départ, à de rares exceptions près, la perturbation capitale qui, dès le plus jeune âge, a préparé les voies de la dystonie, le facteur psychologique se retrouve surtout comme élément déclenchant (qui ajoute constamment à l'asthme un caractère de gravité).

Ils insistent enfin sur ce point que nous avons également constaté, à savoir que : « l'asthmatique a son périmètre de sécurité en dehors duquel, à partir d'un certain niveau, n'importe quel agent est capable d'entraîner la crise ».

Nous ajouterions cependant, en adaptant leur définition à l'adolescent *que celui-ci a souvent eu des conditions psychologiques familiales telles qu'elles ont engendré une immaturité, à la fois globale par fixation excessive à la mère, et sexuelle qui, en plus de sa maladie, lui occasionnera les plus grandes difficultés dans la conquête de son autonomie et de son insertion, tant sociale que psychologique, dans le monde adulte.*

C'est dire qu'il est indispensable d'envisager tous les aspects de la maladie asthmatique, et qu'il est donc utile d'établir, pour chaque adolescent asthmatique, et pour tout asthmatique en général, *un bilan complet,* éventuellement à l'aide d'une observation type du genre de la nôtre, *qui essaye de tenir compte de tout ce qui peut toucher le sujet.*

L'interrogatoire, les examens cliniques, radiologiques, biologiques et complémentaires, *devront être doublés de renseignements sur la situation familiale et socio-économique du sujet, mais il faut surtout ne pas omettre de pratiquer systématiquement un examen psychologique; car, même si les problèmes psychologiques semblent minimes, ils peuvent exister, dissimulés ou inconscients.*

Cette enquête complète permettra d'apprécier correctement les facteurs étiologiques entrant dans la genèse de l'asthme de chaque sujet et d'y ajuster étroitement la thérapeutique; et surtout chez l'adolescent, il faudra accorder une attention toute particulière aux problèmes d'orientation du sujet sur le plan scolaire ou professionnel, avec en règle générale, l'arrière-pensée de favoriser son autonomie; en effet, si celui-ci tarde trop à conquérir son autonomie, cela peut grever le pronostic de son asthme et gâcher sa vie entière.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

Pour illustrer quelque peu les données que nous avons mises en évidence dans l'asthme de l'adolescent, nous résumons ici quelques observations, à savoir celles auxquelles nous avons fait allusion, chemin faisant (afin que l'on puisse reclasser dans leur contexte, les éléments que nous avons cités).

Observation de M. BL... M., 15 ans (n° 5)

Ce garçon a vu son asthme apparaître dans la petite enfance et s'aggraver depuis l'été 66 alors qu'il commençait à travailler comme apprenti électricien, et à nouveau cet été 67 (vacances au bord de la mer).

Il a été élevé en nourrice les cinq premières années de sa vie. Il est l'aîné de sept enfants et habite une maison individuelle assez ancienne et assez humide. Il échoue en sixième et doit travailler comme apprenti électricien. Ce métier lui plait mais il pense que la poussière des chantiers favorise l'apparition de ses crises.

Un de ses frères a de l'eczéma, son asthme a été également précédé d'eczéma. Ses crises sont assez fréquentes mais légères, à type de toux, dyspnée et expectoration muqueuse; l'on note surtout une prise pondérale importante depuis ses crises de l'été 1966. Les crises sont favorisées par le brouillard, la pluie et l'effort physique. Il est en contact avec de nombreux animaux (chien, chat, perruche, lapins).

A l'examen, on ne note rien d'autre qu'une obésité (58 kilos, 1 m 44); la radio pulmonaire est normale. L'examen ORL montre seulement une discrète congestion de la muqueuse des fosses nasales. On note une éosinophilie sanguine à 5 % et des troubles du métabolisme lipidique : 9 g 20 de lipides totaux, 3 g 09 de cholestérol. Les tests d'allergie ne décèlent qu'une allergie minime à la poussière.

Par contre, l'examen psychologique conclut : « il s'agit d'un garçon d'une intelligence sensiblement normale mais marqué par des carences affectives de la première enfance à type d'abandon. Il est vraisemblable que la nouvelle rupture avec la famille, symbolisée par la mise au travail a réactivé les sentiments d'angoisse abandonnique et donc les manifestations asthmatiques. On note en même temps l'avidité orale compensatoire (d'où obésité)... ».

Donc l'asthme de ce sujet survenu sur un petit terrain allergique (a), a sinon une étiologie psychogène, du moins un facteur psychologique très important (P) (aP dans notre classification). Le traitement proposé outre la théophylline et les corticoïdes, consistera à entourer ce garçon affectivement et à suivre dans six mois son évolution psychologique. Nous devons donc le revoir pour juger des résultats.

Observation de Mlle BR... M., 17 ans (n° 9)

Cette jeune fille est la deuxième de huit enfants. Elle habite un HLM neuf, mais humide, elle a très peu fréquenté l'école étant et se disant d'une « santé fragile » et n'a pas son C.E.P. Elle travaille actuellement dans un atelier de papiers peints, après avoir travaillé dans une manufacture de tissus, puis comme presseuse. L'entente en famille est bonne, mais il existe un état de tension avec son frère aîné.

Ses deux plus jeunes frères sont asthmatiques et, elle-même a présenté de l'eczéma et du prurigo dans l'enfance. Ses premières crises ont été contemporaines d'une bronchite et surtout de l'apparition de ses premières règles. L'on note également une primo-infection, suivie d'un séjour de huit mois en préventorium en 1963, et elle a souvent présenté des ennuis de santé, céphalées notamment, sans substratum organique.

Cliniquement, ses crises, plus fréquentes en été et en hiver ne présentent pas de particularités, mais sont accompagnées parfois d'une riche smyptomatologie fonctionnelle (anorexie, évanouissement). Nous retenons plusieurs facteurs favorisants au déclenchement des crises : le soleil, la fatigue, l'énervement, les règles, les surinfections bronchiques et surtout l'exclusivité des crises dans la maison familiale. Ce dernier point et la présence de deux autres enfants asthmatiques au foyer, laissent supposer un mode relationnel particulier avec la mère, ressentie d'ailleurs comme détenant l'autorité et comme adoptant une attitude de rejet vis-à-vis de ses enfants asthmatiques.

A l'examen, l'appareil pleuro-pulmonaire est normal, on note un nervosisme important, une infection urinaire, des cycles réguliers depuis l'âge de 13 ans et demi; enfin, un état général assez médiocre avec asthénie et amaigrissement. La radio pulmonaire montre une augmentation de la trame aux deux bases, la bronchoscopie est normale de même que le lipiodol, l'E.C.G. et l'examen ORL.

L'on note une éosinophilie à 5 % mais l'examen parasitologique des selles a mis quelques oxyures en évidence. Les tests cutanés montrent une allergie à la poussière à + + +, aux moisissures 2 + + et aux streptocoques + +.

Enfin, l'examen psychologique montre de gros problèmes psychologiques : « l'image paternelle est perçue comme nettement virilisée, mais l'image féminine est absente; la relation à la mère est très infantile, ce qui entraîne une immaturité du développement social et surtout des difficultés à aborder les relations hétérosexuelles... Elle vit ces préoccupations psycho-sexuelles avec angoisse, dont elle essaie de se défendre par une mise à distance, dans la maladie éventuellement. La personnalité est immature et infantile, les possibilités intellectuelles faibles... L'asthme serait un moyen de défense contre la réalisation de la sexualité, l'angoisse qu'elle entraînait est résorbée dans la somatisation... ». Le pronostic psychologique est assez réservé, les processus de somatisation ayant été établis dès son jeune âge.

Ici intervient donc une allergie importante, un facteur psychologique important, un facteur bronchique et un facteur endocrinien plus modérés ce qui nous donne cette classification : APIE. Le traitement a consisté en une désinfection bronchique soigneuse, une désensibilisation à la poussière et du point de vue psychologique, nous avons conseillé une psychothérapie et une « parentectomie » en intégrant la malade à « un foyer de jeunes travailleuses ». Cette malade n'a pas répondu à notre questionnaire thérapeutique.

Observation de Mme G... A., 20 ans (n° 17)

Les crises de cette malades ont débuté vers l'âge de 10 ans, à la suite d'un choc émotionnel (enfant renversé par un cheval emballé). Ces crises se seraient progressivement réduites pour réapparaître avec plus de violence depuis six mois environ. Son asthme s'est réinstallé parallèlement à une dysménorrhée. Elle est mariée depuis 10 mois et a grossi de 17 kilos depuis son mariage. C'est cette malade qui a quitté Briançon pour suivre son mari en Lorraine et elle attribue ses crises au changement de climat.

En fait, elle a non seulement changé de climat et d'habitat (maison vétuste actuellement) mais aussi de milieu familial (elle est en effet chez ses beaux-parents avec lesquels elle s'entend bien tout en restant centrée sur sa propre famille) et de travail professionnel, et le métier qu'elle a quitté l'intéressait plus que l'actuel (employée à la Brasserie de Vézelise). L'entente conjugale est satisfaisante.

Sa grand-mère maternelle a présenté de l'urticaire. La malade a elle-même des antécédents d'urticaire aux pommes, aux œufs et au poisson, de prurigo, d'angines, de rhinopharyngites, et de bronchopneumonie.

Actuellement ses crises, peu importantes, se reproduisent une à deux fois par mois, surtout l'hiver, et surviennent à la tombée de la nuit. Le brouillard, le froid, les règles les favorisent. Il y a des chats et des chiens chez elle, et si elle fait quelques crises à son lieu de travail, les plus fréquentes se produisent à domicile. L'examen ne décèle que des anomalies menstruelles : cycles longs, dysménorrhée, nausées importantes en période menstruelle.

Elle est faiblement allergique : poussière + au 1/5000ème, pollen de graminées ±, streptocoques ±,
CCB ±.

Par contre, l'examen psychologique, outre les circonstances de début, note un manque de contrôle émotionnel chez cette malade émotive, anxieuse, présentant des peurs infantiles. Sa personnalité est immature, ne parvenant pas à acquérir son autonomie. Les différentes ruptures et les nécessités d'adaptation ont réactivé chez elle une insécurité émotionnelle prédisposant aux crises. Son angoisse est diffuse, se manifestant par la crainte de la mort, particulièrement dans les relations sexuelles. Les images parentales ont un caractère très fort (autorité importante, anxiogène, surtout du côté de la mère, qui est virilisée). « La malade ne parvient pas à se dégager de cette emprise, ce qui explique son immaturité, ses difficultés d'adaptation et l'angoisse sous-jacente à tous ces problèmes. »

Ici, il existe donc un facteur allergique modéré, un facteur psychologique important, et à un degré moindre un facteur endocrinien (aPE). Nous avons entrepris un traitement médicamenteux (Théralène, Théophylline); elle n'a pas été désensibilisée à la poussière mais a fait sur sa propre initiative une cure d'altitude (elle ne nous dit pas où) et se dit guérie depuis.

Observation de Mlle HO... M., 16 ans (n° 21)

C'est cette jeune fille qui présente une série d'antécédents très importante, ayant son grand-père paternel, sa mère et son frère asthmatiques, sa mère, un oncle et un autre frère eczémateux, elle-même ayant fait des croûtes de lait, une furonculose, de l'urticaire, de l'eczéma, mais aussi une conjonctivite, une broncho-

pneumonie à l'âge de six ans suivies de fréquentes bronchites hivernales, une appendicectomie en 1965, et beaucoup plus récemment une otite traitée par paracenthèse, qui a entraîné une majoration des crises.

Elle est la plus jeune d'une famille de trois enfants. Le début de son asthme coïncide étroitement avec le suicide de son père au cours d'un épisode de dépression mélancolique (il refusait de se faire traiter). Le suicide paternel a eu d'importantes répercussions sur l'enfance de la malade, sa mère a dû travailler aussitôt, elle-même a dû, à cause de son asthme, abandonner ses études secondaires et entrer en collège technique. Elle suit actuellement des cours d'employée de bureau et est satisfaite de ses études qu'elle sent menacées cependant par ses ennuis de santé. Trois cures effectuées à La Bourboule peu après le début de ses crises n'ont eu qu'un effet transitoire.

Ses crises, actuellement journalières, durent de vingt minutes à deux heures, apparaissent le soir ou la nuit et s'accompagnent de palpitations, de nervosité extrême, et souvent de vomissements. Elles sont plus fréquentes en hiver et en été. Le brouillard, le froid, l'effort physique et l'énervement les déclenchent volontiers.

A l'examen, on note un léger tirage sus-sternal et à l'auscultation la respiration est sifflante avec quelques sibilances. Elle est réglée normalement depuis un an. Du point de vue digestif, elle a une une tendance à la constipation et se plaint de brûlures d'estomac. La radioscopie et l'examen ORL sont normaux.

Les tests allergiques ne donnent qu'une minime réaction à la candidine $\pm$, au streptocoque $\pm$, au CCB $\pm$ et pas de réaction à l'ambrosia.

L'examen psychologique décèle une angoisse importance, une immaturité sexuelle (crainte de l'homme par identification au père) et globale avec fixation très étroite à la mère et conclut à un facteur psychologique notable = névrose d'angoisse.

Bien que le terrain allergique soit important, il n'y a donc pas de facteur allergique, le facteur infectieux est minime et il s'agit ici d'un asthme à forte prédominance psychologique (P $\pm$ I dans notre classification). Nous n'avons pu entreprendre une psychothérapie qui semblait s'imposer et nous nous sommes contentés de médications symptomatiques. Cette malade n'a pas répondu à notre questionnaire, mais il sera sans doute difficile d'obtenir rapidement une guérison.

Observation de Mlle LA... S., 17 ans (n° 24)

Cette jeune fille présente une symptomatologie asthmatique depuis l'âge de 18 mois. Son asthme a été précédé de croûtes de lait à la naissance, d'eczéma à l'âge de 8 mois et de bronchopneumonie à 11 mois. La mère de la jeune fille est asthmatique depuis sa dernière grossesse, il y a 9 ans, et elle a trois oncles maternels asthmatiques depuis leur enfance. Elle est l'aînée de trois enfants, et malgré un absentéisme fréquent dû à son affection, elle vient de terminer sa classe de troisième à l'issue de laquelle elle a obtenu son BEPC.

Les crises modérées, sans horaire particulier, se sont considérablement majorées depuis qu'elle a dû habiter, du fait d'un changement de travail de son père, un logement fort insalubre : un baraquement proche d'un marais et d'un dépôt d'ordures, alors que son asthme s'était amélioré quand elle habitait une maison de pierre. L'humidité joue d'ailleurs un rôle notable dans le déclenchement de ses crises, ainsi que l'effort ou la fatigue physique.

A l'examen, on note des sibilances et des ronchus à l'auscultation pulmonaire, même en dehors de crises, une tachycardie, un retard pubertaire (pas encore réglée à 17 ans). Elle a un appétit médiocre, une constipation opiniâtre. Son état général est médiocre. Elle est hypotrophique (148 cm, 36 kilo) et a des antécédents de rachitisme. Enfin, elle est couverte d'eczéma (jambes, abdomen, bras, plis de flexion). Nous n'avons pas fait de bronchoscopie, mais le lipiodol montre un remaniement périphérique des bronches allant de pair avec un emphysème déjà notable. L'examen ORL montre une muqueuse d'allergie avec œdème et polypes, et il existe une déviation cartilagineuse obstruant complètment la fosse nasale droite. La numération sanguine montre une neutrophilie : 13.000 GB, et une éosinophilie à 6 %

Elle est allergique aux pollens de graminées ++ et de façon fugace à la poussière ±.

Enfin, l'examen psychologique met en évidence « une structure affective relationnelle mère-fille particulière : alors que le père paraît passif, la mère, asthmatique elle-même, serait particulièrement anxieuse et jouerait le rôle actif dans la famille, il existe ainsi un couple mère-fille très étroit, narcissique, entretenant le caractère introversif et peu ouvert vers l'extérieur de la jeune fille. La personnalité de cette dernière est ainsi peu épanouie, très immature et dépendante, avec des éléments d'angoisse; les relations humaines sont dévitalisées ». Il y a donc là un facteur psychologique d'entretien très important.

Nous voyons ici trois facteurs s'associer : allergique modéré (a), psychologique important (P) et bronchique notable (I) (d'où classification aPI). Le traitement entrepris était symptomatique (atarax, hémocaprol, théophylline) mais comportait également une désinfection bronchique avec vaccination polyvalente par le Lantigen « B », une désensibilisation spécifique à la poussière et non spécifique (histaglobuline). Les résultats en ont été excellents sur le plan bronchique, très modestes sur le plan de l'allergie (mais ce facteur était modéré). Mais nous voulions surtout, d'après les résultats de l'examen psychologique, favoriser l'autonomie de la malade : elle a suivi nos conseils et est actuellement dans un C.E.T. de sténodactylo. Ce changement est trop récent pour que nous puissions en apprécier les effets, mais nous considérons dès lors, que le pronostic de sa maladie est très favorable.

Observation de M. NI... P., 21 ans (n° 31)

Ce malade a une mère qui présente de l'urticaire, et il a lui-même eu des croûtes de lait, de l'urticaire (tomate, charcuterie, prairies) et de l'eczéma avant de devenir asthmatique. Il est l'aîné de trois enfants, orphelin de père depuis l'âge de 8 ans. Il a dû, de ce fait, travailler tôt et est actuellement agent des impôts, mais est frustré de n'avoir pu poursuivre ses études. Son habitat, proche d'un canal, est humide.

Les crises, notables, surviennent au coucher, en hiver le plus souvent (de novembre à avril) et sont déclenchées par le brouillard, la pluie, la fatigue et l'énervement, alors que le soleil, la mer et la montagne l'améliorent. Il a d'ailleurs fait trois cures à La Bourboule qui l'on notablement amélioré.

A l'examen, l'auscultation est normale; on note une dystonie neuro-végétative, la fréquence de céphalées, et une allergie alimentaire à la charcuterie (urticaire).

La radio pulmonaire est normale, les autres examens n'ont pas été effectués.
Ce sujet est allergique à la poussière ++ mais aussi à candida albicans (réaction à +++, focale, à la candidine), au streptocoque ++, au CCB ++.

Enfin, l'examen psychologique révèle, comme nous le notions, une dépendance excessive à la mère. Ce malade présente une névrose d'angoisse résiduelle d'un conflit oédipien non résorbé.

Il existe donc chez ce malade deux facteurs importants : allergique et psychologique (classification A.P.). Le traitement a associé aux phyllines une désensibilisation à la poussière et à la candidine qui a eu de bons résultats. Nous ne savons pas si le sujet a pu bénéficier, comme nous le souhaitions, d'une psychothérapie de soutien et d'un apprentissage de la relaxation.

Observation de Mlle VA... V., 15 ans (n° 38)

Cette jeune fille a toujours vécu avec l'angoisse du souffle, puisque son grand-père maternel était emphysémateux et asthmatique, sa grand-mère maternelle a eu un asthme de la ménopause, et sa mère est une grande asthmatique. La malade avait peur, à chaque crise de sa mère et son asthme s'est déclaré à l'âge de 9 ans, lors de l'hospitalisation de sa mère en état de mal.

Elle-même a eu des croûtes de lait et de l'eczéma à l'âge de 5 mois; elle aurait présenté également très tôt une intolérance aux œufs qui doublait son intolérance au lait.

Les crises semblent plus spectaculaires que graves et présentent un caractère spastique accusé, elles surviennent le soir, et particulièrement quand la malade est énervée.

L'examen clinique ne note rien de particulier, les examens complémentaires n'ont pas été effectués.

Nous notons uniquement une allergie modérée à la poussière +, mais en 1954, HALPERN trouvait une allergie alimentaire au lait +++ et aux œufs +++, et une allergie aux plumes +++ que nous n'avons pas retrouvée.

Si l'on sait qu'il existe un terrain prédisposant, mais aussi que la malade est fille unique et a perdu son père accidentellement à l'âge de 6 ans, nous ne serons pas surpris des conclusions de l'examen psychologique : la jeune fille est en effet très émotive, très anxieuse (insécurité-base), elle n'ose aborder la sexualité; elle est très infantile et très fixée à la mère.

Son émotivité est entretenue par le désir de réussite scolaire (stress des examens) qui prend valeur de compensation et de valorisation. Elle réussit d'ailleurs très bien en classe.

Nous retrouvons ici nos deux facteurs essentiels : allergie notable et facteur psychologique important (A.P.). Le traitement neurosédatif par calcibronat et sédocalcyl, et de désensibilisation non spécifique par allerglobuline et histaglobuline, a entraîné une amélioration notable de son asthme.

Observation de M. ZI... J.-C., 16 ans (n° 40)

Le jeune homme est asthmatique depuis l'âge de deux ans après avoir eu des croûtes de lait. Pas d'antécédents allergiques dans la famille. Il a lui-même des antécédents d'angines, de bronchites, de troubles hépatiques et de migraines.

Les crises sont mensuelles, mais sont suivies pendant deux ou trois jours de dyspnée continue. Elles surviennent habituellement vers le petit matin. La montagne l'améliore. Enfin, une allergie à la pénicilline développée en deux temps, a entraîné une recrudescence notable de ses crises.

L'examen clinique est normal, ce sujet que nous n'avons suivi qu'à la consultation, n'a pas subi d'examens complémentaires. L'allergie est décelée par les tests cutanés : poussière ++, plumes ++, pollens de graminées ++ et par l'intradermo-réaction à la pénicilline + à 5 unités. Le test de Shelley à la pénicilline est négatif.

Ce jeune homme est l'aîné de quatre enfants; ses parents sont divorcés (son père remarié, sa mère vivant en concubinage) et bien qu'il souffre de cette situation, elle n'a pas entraîné de troubles psychologiques majeurs. Il n'y a pas de facteur psychologique à son asthme.

Nous sommes donc en présence d'un asthme où le facteur allergique joue un rôle primordial (A) ce qui est corroboré par l'excellent résultat de la désensibilisation à la poussière.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. ABRAMSON (H.A.). — Psychosomatic group therapy with parents of children with intractable asthme 3 sibling rivalry and sibling support. *Psychosomatics*, 1965, **6**, 161-165.

2. ABRAMSON (H.A.). — The fatherson relationship in eczema and asthma. *J. asthma. Res.* 1963, **1**, 173-206; 1964, **2**, 317-349; 1964, **2**, 65-94; 1964, **2**. 147-174.

3. ABRAMSON (H.A.). — Psychodynamics of the intractably asthmatic state. *J. Child Asthma. Res. Inst. Hop.* 1961, **1**, 18-22.

4. ABRAMSON (H.A.). — PESMKIN (M.M.). — Group psycho therapy of the parents of intractably asthmatic children. J. Child Asthma. *Res. Inov. Hop.* 1961, *1*, 77-91.

5. ABRAMSON (H.A.), PESHKIN (M.W.). — Psychosomatic group therapy with parents of children with intractable asthma. II adaptation mechanisms. *Ann. Allerg.*, 1960, **18**, 87-91.

6. ADAMS (A.B.). — The use of activities in psychotherapie with asthmatic children Journal of the children's asthma research institute and hospital (Denver), 1961, **1**, 327-338.

7. ALCOCK (T.). — Some personality characteristics of asthmatic children. *Brit. J.M. Psychol.*, 1960. **33**, 133-141.

8. ALEXANDER (F.) and VISOTSKY (M.). — Psychosomatic study of a case of asthma. *Psychosomat. med.*, 1965, **7**, 470-472.

9. ALICE (C.). — Asthme et bronchite chronique. Maladies sociales non professionnelles. *Toulouse méd.*, 1963, **64**, 703-708.

10. ASKEVOLD (F.) and HAKON (H.). — A comparative investigation with personality models. *Acta psychiat. scand.* 40 *suppl.*, 1964, **180**, 79-86.

11. BALTRUSCH (H.J.). — Une particularité spéciale dans la structure de la personnalité chez l'asthmatique. *Münich méd. Wschr.*, 1955, **97**, 896-898.

12. BRENDOWSKI. — L'asthme allergique de l'enfant. *Acta allergologica*, 1962, **17**. 458.

13. BERNARD (J.G.), MASBERNARD (A.) et BAZOT (M.). — Aspects cliniques et médico-militaires de l'asthme du jeune appelé. *Rev. Méd. milit. franç.*. 1959, **6**, 198-206.

14. BERTRAND (R.). — Rééducation psychocinétique d'asthmatiques en groupe. *Les Bronches*, 1966, **16**. 240-243.

15. BERTRAND (J.) et Mlle BERTRAND. — Perspectives psychosomatiques dans l'asthme. *Rouen méd.*, 1958, **2**, 3-12.

16. BLAMOUTIER (P.). — Traitement général de l'asthme de l'adulte. *La Clinique*, 1957, **52**.

17. BLAMOUTIER (P.). — L'asthme. *Faculté de Médecine, Masson Editeur*, 1948, 206-46.

18. BLOCK, HARVEY, DENNINGS, SIMPSON. — Clinican's conception of the asthmathogenic mother. *Arch. gen. Psychiat., USA*, 1966, **6**, 610-618.

19. BLOCK (J.). — Interaction betwen allergic potential and psychopathology in children asthma. *Psychosomatic medicine*, 1964, **26**, 307-320.

20. BOOR (C.) (de). — Psychothérapie dans l'asthme bronchique. *Minerve Médica*, 1964, **55**, 1250-1251.

21. BOULANGER (J.B.). — Exploration du psychisme de l'asthmatique. Essai de medecine psychosomatique. *Union med. Canada*, 1952, **81**, 1041-1061.

22. BOUCAUD, FREAM, GACNY, GERMONTY, MALLET, PLANGET. — Tentatives pour mieux comprendre et traiter les asthmatiques. *J. Med. Bordeaux*, 1966, **143**, 1881-1889.

23. BRISSET (Ch.) et GACHKEL (V.). — La médecine psychosomatique en URSS. La cure de sommeil. *Press. Méd.*, 1951, **59**, 465-466.

24. CANY (J.). — L'asthme et la bronchite de l'enfant. *Toulouse médical*, 1964, **65**, 797.

25. CASAUBON (R.A.). — L'asthme infantile, maladie psychosomatique. Son traitement par la crénotherapie : Les Eaux-Bonnes. *Gazette des Hopitaux*, 1966, **138**, 457-458.

26. CAUCHOIS (P.). — Place de la cure d'altitude dans le traitement de l'asthme infantile. *Toulouse med.*, 1963, **64**, 797-802.

27. CAUCHOIS (Ph.). — Traitement de l'asthme infantile à la haute altitude. Conduite de la cure. Resultats immediats. *La Clinique*, 1961, **56**, 441-442.

28. CELICE (J.). — La crise d'asthme et l'état de mal asthmatique. Etude clinique et traitement. *Rev. Prat.*, 1958, **8**, 479-490.

29. CHAPTAL (J.), JEAN (R.) et JARRIGE (J.C.). — Physiopathologie et traitement de l'asthme infantile. *La Clinique*, 1961, **56**, 415-430.

30. CHARPIN (J.). — Quelques réflexions sur l'étiologie de l'asthme bronchique. *La Clinique*, 1961, **56**, 387-388.

31. CHARPIN (J.), ZAFIROPOULO (A.) et GRIMAUD. — Difficultés de diagnostic en matière d'asthme bronchique. *Marseille Méd.*, 1964, **5**, 425.

32. CHARPIN (J.) et ZAFIROPOULO (A.). — Le traitement de fonds de l'asthme. *Rev. Prat.*, 1958, **8**, 547-553.

33. CORNIER (A.). — Facteurs psychogénétiques dans l'asthme. *La Clinique*, 1961, **56**, 515-519.

34. GENNES (L.) et MAHOUDEAU (D.). — L'asthme.
— Rapport du deuxième Congrès international de l'asthme.
— Le Mont-Dore, 3-4-5 juin 1950, 123-140.
Expansion scient. franç. Edit.

35. DECKER (E.), PELSER (H.E.), GROEN (J.). — Conditionning as a cause of asthmatic attacks. *J. of psychosomatic Research*, 1957, **2**. 97.

36. DEKKER (E.), GROEN (J.). — Reproductible psychogenic attacks of asthma, a lab. study. *J. of psychosomatic Research*, 1956, **1**, 58.

37. DEKKER (F.), GROEN (J.), PELSER (H.E.). — Psychogenic asthma a an valley (psychogenic asthma attacks). *Ned. T. Geneesk*, 1955, **99**, 3567-3570.

38. DELAHAYE (R.P.). — Le vent de sable. *Bull. soc. Méd. milit. franç.*, 1961, **55**, 74-83.

39. DELAY (J.) et ZIWAR (M.). — Asthme et psychisme. Deuxième Congrès international de l'asthme. Le Mont-Dore, 3-4-5 juin 1950, 140-148. *Exp. scient. franç. Edit.*, Paris, 1950.

40. DESANTI. — Données médico-sociales de l'asthme professionnel. *Poumon-Cœur*, 1966, **22**, 565-575.

41. DEUTSCH (F.). — Basic psychoanalytic principles in psychosomatic disorders. *Acta psychoth. somat. and ortho.*, 1953, **1**.

42. DONGIER (M.). — Névroses et troubles psychomatiques. *Edit. Dessart*, 1966.

43. DUBOS, Mc LEAN, CHINGAN, URIGHT (H.L.), KAUFFMAN (P.E.), SHELDON (J.M.). — A study of relation ships between family situation bronchial asthma and pectoral adjustement in children. *J. Pédiat.*, 1961, **59**, 402-414.

44. DUCHENE, LOTTE. — Enquête socio-économique et psychologique sur l'éclosion des troubles respiratoires de l'enfant. Journées d'études consacrées aux problèmes médico-physiologiques et socio-économiques en pneumo-phtisiologie infantile. *Le Roc des Fizes*, 1959, 25-27. *CR. Press. méd.*, 1959, **67**, 1493-1495.

45. DURAND DE BOUNSINGEN. — La relaxation. *Paris, P.U.F.*, 1961.

46. DUSSERT (A.). — Contributions aux recherches pathogéniques de l'asthme et de ses diverses manifestations équivalentes. *Gazette des Hôpitaux*, 1957, **29**, 963-964.

47. FORD (R.M.). — The cause of children asthma : on accessoirement of the relative importance of allergic, infective and émotionnal factors in children asthma. *Méd. J. Aust.*, 1963, **50**, 128-130.

48. FRAISSE (M.P.). — Asthme et psychisme (déductions thérapeutiques). *Le Journal de Médecine de Lyon*, 1958, **93**, 1029-1037.

49. FRENCH (T.M.). — La psychothérapie de l'asthme bronchique. In « studies in psychosomatic medecine » par ALEXANDER F. et FRENCH T.M. *Ronald Edit., New-York*, 1948.

50. FRENCH (T.M.) et ALEXANDER (F.). — Les facteurs psychogènes de l'asthme bronchique. *Psychosom. Med. Monogr.*, 1941, **4**, n° 2.

51. GALUP (P.). — L'asthme d'origine psychique. *Thèse Médecine, Paris*, 1936. *Exp. scient. franç. Edit.*

52. GAU (Ch.). — Relations de l'enfant asthmatique avec sa famille. *Acta tuberc. Belg.*, 1966, **57**, 50-55.

53. GAU (Ch.). — Asthme infantile et milieu familial. *Toulouse méd.*, 1963, **64**, 804-807.

54. GENDROT (J.A.). — Commentaires sur l'observation psychologique de 112 cas d'asthme. *Evol. psychiat.*, 1953, **3**, 493-502.

55. GENEVRIER (R.). — L'asthme est-il une maladie allergique ? *Rev. Méd. prat.*, 1959, **43**, 1150.

56. GERNEZ-RIEUX, VOISIN. — Pollution asthmosphérique et affections bronchopulmonaires. *Gaz. méd. France*, 1963, **70**, 2983.

57. GEUBELLE (F.) et HAINAUT (H.). — Base rationnelle du traitement de l'asthme infantile. *Rev. Méd. Liège*, 1963, **18**, 413-417.

58. GEUBELLE (F.). — L'asthme infantile, maladie « sociale » ? Utilité des cures climatiques ? *Rev. Méd. Liège*, 1964, **19**, 6-11.

59. GREEN (R.). — Asthma and manic depressive psychosis simustancously incompatible on coexistent. *J. of nervous and mental disease* (*Baltimore*), 1965, **140**, 64-70.

60. GRIFFITH (M.D.). — Childhood asthma and mental retardation. *Canad. Med. Ass. J.*, 1965, **93**, 1316-1318.

61. GRILLIAT (J.P.), Mme MANCIAUX (G.) et Mlle VAUTRIN (D.). — Les indications de la cure de sommeil dans l'asthme. *Ann. Méd. Nancy*, 1967, **6**, 799-811.

62. GRILLIAT (J.P.), Mme FAU (J.) et BOURGAUX (P.). — Résultats d'une enquete sur les facteurs étiologiques de l'asthme. *Ann. Méd. Nancy*, 1964, **5**, 818-825.

63. GRILLIAT (J.P.) et BOURGAUX (P.). — L'asthme à l'effort (à propos de trois observations). *Rev. Méd. Nancy*, 1961, **86**, 994-1000.

64. GRILLIAT (J.P.), VAUTRIN (D.) et LECOMTE (M.F.). — Approche psychosomatique de l'asthmatique allergique. *Société d'allergie* (à paraître).

65. GROEN, DEKKER et PELSER. — L'importance relative des facteurs allergiques, psychiques et endocriniens dans l'étiologie de l'asthme bronchique. *Maroc Méd., fév.* 1957, **36**, 381-108 (travaux du quatrième congrès international de médecine interne - Madrid, sept. 1956).

66. GUILLERMAND (J.) et FAUVRE (G.). — Les séquelles fonctionnelles lointaines de l'asthme de l'enfance appréciées à l'âge du service militaire. *Bronches*, 1966, **16**, 123-126.

67. HALE (Ralph). — Observations concerning the effects of emotionel stress on asthma. *Ann. Allerg.*, 1966, **24**, 183-184.

68. HAL (I. Van der). — Behandeling van asthma door imitatic van de asthmatische ademhaling. *Méd. T. Geneesk.*, 1966, **16**, 767-769.

69. HILL (A.E.). — Asthma among school children. *P. Sch. Health*, 1966, **36**, 353-356.

70. HOLLMANN (W.). — Bronchial asthma as a social disease. *Allergic Asthma.*, 1961, **7**, 152-167.

71. HOLLMANN (W.). — Asthme bronchique psychogène et asthme psycho-allergique. *Méd. Klin.*, 1955, **50**, 2180-2181.

72. IRNFELL (L.). — Bronchial asthma its social consequences. *Med.* 1966, **75**, 201-204.

73. ISRAEL-ASSELAIN (R.) et CHEBAT (J.). — Les frontières de l'asthme. *Rev. Prat.*, 1958, **8**, 521-531.

74. JACQUELIN (A.). — Asthme et psychisme. Aspects cliniques et intérêt pathogénique. *La Clinique*, 1961, **56**, 505-513.

75. JACQUELIN (A.). — L'asthme, conceptions actuelles. Monographies médicales et scientifiques, 1958, **76**.

76. JACQUELIN (A.), TURIAF (J.), BLANCON (P.) et ROMAN (M.). Facteurs émotionnels dans l'asthme. *Press. méd.*, 1950, **58**, 569-570.

77. JACQUEMIN (A.), TURIAF (J.), BLANCON (P.) et ZIZINE (L.). — Le syndrome asthme, troubles endocrinogénitaux et obésité de la femme. *Sem. Hôp. Paris*, 1952, **74**, 2979-2984.

78. JARRET (R.), MASBERNARD (A.) et BERNARD (J.G.). — Aspects psychosomatiques de l'asthme dans l'armée. *Rev. Méd. milit. franç.*, 1959, **6**, 188-198.

79. JUMON (H.). — Traitement du terrain et de l'état général dans l'asthme de l'enfant. *Presse therm. et climat.*, 1965, **102**, 129-132.

80. JUMON (H.). — Aspects cliniques de l'asthme dans l'enfance. *Rev. du Prat.*, 1958, **8**, 513-516.

81. KATSCH (G.). — L'allergie psychologique et chimique de l'asthme. *Deutsche Med. Wschr.*, 1955, **80**, 1125-1126.

82. KNAPP et NEMEZ. — Personnality variations in bronchial asthma : a study of fourty patients. Notes on relationship to psychosis and the problem of measuring maturity. *Psychosom. Med.*, 1957, **19**, 447.

83. KNAPP (Ph.). — The emotional field : a sequential study of mood and fantasy in 2 asthmatic patients. *Psychosomatic medicine*, 1963, **25**, 460-483.

84. KOURILSKY (R.). — Etude clinique et psychopathologique de l'asthme. *Bronches*, 1966, **16**, 82-92.

85. KOURILSKY (R.). — Psychophysiologie de l'allergie. *Rev. de Méd. psychosomatique*, 1965, **7**, 229-252.

86. KOURILSKY (R.). — Le conflit de personnalité chez l'asthmatique. *J. franç. méd. chir. thor.*, 1963, **17**, 135-146.

87. KOURILSKY (R.). — Les mécanismes psychologiques chez l'asthmatique (à propos de la communication de M. ROCHE). *P. Franç. Med. Chir. Thor.*, 1962, **16**, 779-783.

88. KOURILSKY (R.), DECROIX (G.), BLONDEAU (M.), GANTER (Y.). — L'infection bronchique dans l'asthme. *J. Franç. Méd. Chir. Thor.*, 1952, **6**, 201-229.

89. KOURILSKY (R.), KOURILSKY (Mme S.), MIGNOT (A.). — Les facteurs étiologiques réels et durables de l'asthme clinique. *J. Franç. de Méd. Chir. Thor.*, 1951, **5**, 357-377.

90. LANSADE (G.). — Sur l'importance du facteur psychologique dans l'asthme de l'adulte et son traitement par la médication tranquillisante associee à la psychothérapie. *Thèse, Paris*, 1960.

91. LASSERRE (D.). — Les incidences socio-économiques de l'asthme. *La Clinique (Paris)*, 1961, **56**, 447-448.

92. LEROUX (J.). — Le traitement de l'asthme de l'adolescent et de l'adulte en Haute-Cerdagne. *La Clinique*, 1961, **56**, 445-446.

93. LOGEAY (R.). — Aperçus sur la parthénologie : leucorrhées et troubles de la puberté. *Gazette méd. France*, 1967, **74**, 4581-4592.

94. LONG (R.T.), LAMONT (J.H.) WHIPPLE (B.). — A psychosomatic study of allergy and émotionnal factors in children with asthma. *Amr. J. Psychiatry*, 1958, **114**, 890-899.

95. LORAS (O.). — L'asthme, angoisse du souffle. Conception nouvelle. Guérison psychothérapique. *Librairie du Rhône Edit., Lyon*, 1961.

96. LORAS (O.). — Conception nouvelle « existentielle » de l'asthme. L'angoisse, la névrose, la personnalité de l'asthmatique. *Rev. Méd. Moyen-Orient*, 1961, **18**, 567-579.

97. LORAS (O.). — La psychothérapie de l'asthmatique. *La Clinique* (*Paris*), 1961, **56**, 521-532.

98. LUMINET (D.) et SLONACKER (J.). — Tentative expérimentale de conditionnement de la crise d'asthme bronchique et de son interruption chez l'homme. *Rev. Méd. psychosomat.*, 1963, **5**, 235-249.

99. LUMINET (D.). — Psychothérapie brève de l'asthme bronchique. *Acta. neuro-psychiat. belg.*, 1957, **57**, 582-587.

100. MANSARD. — Bilan de l'asthme chez de jeunes recrues de 20 ans. *Thèse. Bordeaux*, 1963.

101. MARGOLIS (M.), MARVIN. — The mother child relation ship in bronchial asthma. *J. Abnorh sor Psych.* 1961, **63**, 360-367.

102. MASCIA (A.V.). — The role of a residential center in the care of the asthmatic child. *Ann. allerg.*, 1964, **22**, 191-195.

103. MAURER (E.). — The child with asthma on assessement of the relative importance of emotional factors in asthma. *T. Asthma Res.*, 1965, **3**, 25-79 (207 références).

104. MIGNOT (A.). — Sur une nouvelle conception clinique de l'asthme chez l'adulte. *Thèse méd. Paris*, 1947.

105. MILL (R.A.). — Measuring the environnement for a bronchial asthma study. *Amer. Industr. Hug. Ass. J.*, 1965, **26**, 510-519.

106. MILLER (H.), BARUCH, DOROTHY (W.). — The emotionnal problems of childhood and their relation to asthma. *Amer. J. Dis. Child.* 1957, **93**, 242-245.

107. MILLER (H.), BARUCH, DOROTHY (W.). — Maternal rejection aspects in the treatment of bronchial asthma. *In H.A. Abramson. somatic and psychiatric, treatment of asthma. Baltimore : Williams et Wilkins*, 1951.

108. MILLER (H.), BARUCH, DOROTHY (W.). — Etude psychosomatique d'enfants ayant des manifestations allergiques. *Psychosom. Med.*, 1948, **10**, 275-178.

109. MINOR. — Contribution à l'étude de l'asthme allergique de l'enfant. *Thèse. Paris*, 1964.

110. MORLET (M.). — La relation mère-enfant dans l'asthme infantile. A propos de deux cas. *Diplôme de psychopathologie, Nancy, novembre* 1967.

111. NICOLAS (M.), GOLDSTEIN. — Rôle du psychisme dans l'asthme. *Rev. Méd. Liège*, 1963, **18**, 171-173.

112. ORLANDI (O.). — Aspect du traitement moderne de l'asthme. *Bronches.* 1966, **16**, 153-161.

113. PASTEUR VALLERY-RADOT, LAROCHE (C.), MILLIEZ (P.), BLAMOUTIER (P.) et KY (N.T.). — Importance comparée du facteur allergique et des autres facteurs dans l'étiologie de l'asthme bronchique. *La sem. Hôp. de Paris*, 1956, **76**, 4095-4103.

114. PASTEUR VALLERY-RADOT. — Etudes cliniques expérimentales et thérapeutiques sur l'allergie. *Exp. scient. franç., Paris*, 1951.

115. PASTEUR VALLERY-RADOT. — L'asthme. C.R. Deuxième congrès international de l'asthme. Le Mont-Dore, 3-4-5 juin 1950. *Exp. scient. franç. Paris*, 1950.

116. PASTEUR VALLERY-RADOT, WOLFROMM (R.), CHARPIN (J.) et HALPERN (B.N.). — Maladies allergiques. *Editions Médicales Flammarion.*

117. PEARSON BRUCE. — Classification de l'asthme. Troisième congrès européen d'allergie, Rome, 436-440. *Il pensioro scientifico Editore, Rome.*

118. PELLUAULT. — Sur l'asthme d'origine émotive. *Thèse, Paris*, 1954.

119. PERELMANN (R.). — Asthme de l'enfant. *Concours méd.*, 1962, **84**, 6185-6192.

120. PERRAULT (M.) et PHILIBERT (M.). — Physiopathologie et composantes étiologiques de l'asthme. *Rev. Prat.*, 1958, **8**, 461-476.

121. PESHKIN (M.M.). — The role of emotions in children with intractable bronchial asthma. *T. Asthma Res.*, 1964, **2**, 143-146.

122. PETIT (C.) et MINOR (N.). — La place de l'allergie dans l'étiologie de l'asthme des enfants et adolescents. *Pres. Therm. Climat.*, 1964, **101**, 158-163.

123. PHILIPPE (J.). — Facteurs déclenchants, facteurs concomitants et sensibilisation spécifique dans l'asthme. *La Clinique*, 1963, **58**, 275.

124. PFLANZ (M.) et LAMBELET (L.). — « Maladies de la civilisation » et problèmes psychosomatiques dans l'Inde rurale. *Münchener Med. Wsrch.* 1965, **107**, 1493-1502.

125. PRICK (J.J.G.). — A psychosomatic approch to asthma. *Acta psychoter.*, 1963, **11**, 81-112 (129 références).

126. PRINGUET (G.). — Essai clinique de la relaxation chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiatr. Inf.*, 1964, **12**, 457-480.

217. PURCELL (K.), TURNBULL (J.W.). — Distinctions between subgroups of asthmatic children : psychological test and behaviour rating comparisons. *J. of psychosomatic research.*, 1962, **6**, 283-291.

128. RAIMBAULT (E.), MAYET (G.), RAIMBAULT (G.), PICOT (A.). — Psychothérapie de groupe avec des asthmatiques. *Rev. Méd. psychosom.*, 1962, **4**, 197-201.

129. RAIMBAULT (E.). — Contribution à l'analyse et au maniement des facteurs psychologiques dans l'asthme bronchique. *Thèse, Paris*, 1959.

130. RAIMBAULT (E.), FAIN (M.), RACAMIER (P.), CROUZATIER (A.) et Mlle SALZI. — Recherches de psychogenèse dans les troubles respiratoires de l'enfant (asthme et tuberculose pulmonaire). Journées d'études consacrées aux problèmes médico-physiologiques et socio-économiques en pneumophtisiologie infantile. *C.R. Presse méd.* 1959, **67**, 1493-1495.

132. RAPPAPORT (H.G.). — Emotionnal factor in eczema and asthma in children. *Ann. Allerg.* 1966, **24**, 496-498.

133. RAPPAPORT (H.G.). — The role of emotions in chronic allergic disease of childhood. *Ann. Allerg.*, 1964, **22**, 541-546.

134. REES (L.). — The signifiance of parental attitudes in childhood asthma. *J. of psychosomatic research.*, 1963, **7**, 181-190.

135. REES (L.). — The importance of psychological allergic and infective factors in childhood asthma. *J. of psychosomatic research.*, 1964, **7**, 253-262.

136. RIGHINI (C.). — A propos de quelques facteurs psychologiques dans certains asthmes rebelles. *Les Bronches*, 1966, **16**, 295-297.

137. ROCHE (Martine). — Coexistence de certains facteurs psychologiques et de l'asthme au cours de la vie. Incidences thérapeutiques. *J. Franç. Méd. Chir. Thor.*, 1962, **16**, 729-734.

138. ROMANIS (F. de), MAZZEI (G.), POCOBELLI (A.). — Contribution électroencéphalographique et psychologique à l'étude de l'asthme bronchique de l'enfance. *Riv. Neurol.*, 1962, **32**. 308-319.

139. ROUMAGOUX (J.), SAUVAGET (R.), HAREL (J.), SOUQUET (R.), FAVIER (M.), BOUCHER (H.). — L'asthme de l'adulte jeune. *Rev. Lyon. Méd.*, 1962, **2**, 59.

140. ROUMAGOUX (J.) et PIROLLET (H.). — A propos de l'asthme du jeune appelé. *Rev. Méd. Milit. Franç.*, 1962, **10**. 324-326.

141. SADOUL (P.), BLOCH (F.), SAULNIER (C.). — Intérêt et limite de l'exploration fonctionnelle et des autres tests biologiques dans l'expertise de l'asthmatique jeune. *Rev. Méd. Nancy*, 1960, **84**, 435-448.

142. SCHOOK, SCHILLER, NAARD. — Influence de la tentative de retour au domicile sur l'asthme et les fonctions surrénaliennes chez quatre enfants d'un centre pour asthmatiques. *Moandoche Kinder geneeskde*, 1966, **34**. 271-278.

143. SELESNICK (S.T.). — Psychological management of childhood asthma. *California Medecine* (*San Francisco*), 1964, **100**. 406-411.

144. SOULE (M. et N.). — Les aspects psychosomatiques de l'asthme infantile. *Rev. Méd.*, 1964, **38**, 673-676.

145. SOUQUET (R.). — Asthme et allergie respiratoire chez l'adulte jeune en milieu militaire. Considérations cliniques. *Rev. Corps Santé des Armées.* 1964, **5**, 693-704.

146. SOUQUET (R.). — Maladie asthmatique et armée : des difficultés du pronostic et d'adaptation. *Rev. Corps Santé des Armées.* 1965, **6**, 461-480.

147. STAEHELIN (R.) (von). — Esquisse psychosomatique des asthmatiques. *Paris*, 1958, **47**, 812-818.

148. STOKVIS (B.) et WELMAN (A.J.). — La thérapeutique de groupe et la sociothérapie comme adjuvant dans le traitement d'asthmatiques. *Evol. Psychiat.*, 1955, 695-710.

149. TERREL. — Remarques découlant de l'observation d'enfants asthmatiques. Journées d'études consacrées aux problèmes médico-physiologiques et socio-économiques en pneumophtisiologie infantile. *Le Roc des Fizes* (25-27 mars 1959) ; *C.R. Presse Méd.*, 1959, **67**, 1493-1495.

150. TIFFENEAU. — Le surmenage intellectuel, cause déclenchante de puissants stimuli psychosomatiques. Mesure de l'intensité de ces stimuli chez l'asthmatique. *Presse Méd.*, 1961, **69**, 179-180.

151. TRELAT (J.). — Asthme avec interférence psychosomatique. *Rev. Méd. psychosom.*, 1963, **5**, 360-363.

152. TRELAT (J.). — Sur la psychogenèse de l'asthme infantile. *Concours méd.*, 1959, **81**, 3501-3504.

153. TREUTING (T.F.) et RIPLEY (H.S.). — Conditions de vie, émotions et asthme bronchique. *J. Nerv. Méd. Dis.*, 1948, **108**, 380-396.

154. TROUSSEAU (A.). — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. *Cinquième Edition, Paris*, 1877, *Vol.* 2, p. 469.

155. TURIAF. — L'asthme de l'adulte. — *Rev. Prat.*, 1958, **8**, 491-510.

156. TURIAF (J.), ROSE (Y.), BASSET (Mme G.), JEANJEAN (Y.). — La muqueuse bronchique de l'asthmatique. Aspects endoscopiques et histopathologiques. *Rev. Prat.*, 1958, **8**, 533-544.

157. TURIAF (J.). — Aspects cliniques et traitement de l'allergie respiratoire. *Rev. Prat.*, 1955, **5**, 1949-1965.

158. VOORHORST et SMEENK (F.). — Pedagogic problems in children with asthma. *Belg. T. Geneest*, 1964, **20**, 272-282.

159. WOHL (T.H.). — The role of groupe psychotherapy for mothers in a rehabilitative approach to juvenile intractable asthma. *Mental Hygien.*, 1963, **47**, 150-155.

160. WOHL (T.H.). — A. psychologist's role a community approach to juvenile intractable asthma. *J. of asthma research* (*Baltimore*), 1965, **2**, 211-214.

161. WOLFROMM (R.) et ALBY (J.M.). — Abords psychologiques de l'asthmatique. *Gazette Méd. France*, 1962, **69**, 2207-2214.

162. ZISKIND (E.). — Psychosomatics aspect of asthma. An éclectic therapeutic orientation for the non psychiatrist physician. *Ann. of allergy*, 1966, **24**, 153-161.

163. ZIWAR (M.). — Médecine psychosomatique : asthme. *Encycl. Méd. Chir. Traité de psychiatrie*, 1955, **2**, (Fasc. 37 440 E 10).

TABLE DES MATIÈRES

— INTRODUCTION 3

— HISTORIQUE 5

— CHAPITRE I
Recrutement des observations et méthode de travail 9

— CHAPITRE II
Identification (âge, sexe, etc.) 18

— CHAPITRE III
Situation familiale 23

— CHAPITRE IV
Situation socio-professionnelle 29

— CHAPITRE V
Antécédents 35
A) Antécédents familiaux 35
B) Antécédents personnels 36
C) Remarques 37

— CHAPITRE VI
Aspects cliniques de la maladie 41

— CHAPITRE VII
Circonstances étiologiques des crises 49
A) Conditions physiques 49
B) Conditions somatiques 50
C) Autres circonstances étiologiques 51

— CHAPITRE VIII
Aspects cliniques du malade 55
A) Examen clinique 55
B) Examens complémentaires et biologiques 56

— CHAPITRE IX
Le facteur allergique 61

— CHAPITRE X
Etude du facteur psychologique 67

A — Introduction 67
B — Données d'interrogatoire ou données objectives 68
C — Données d'examen 71
D — Conclusion sur l'importance du facteur psychologique 75

— CHAPITRE XI
Synthèse des facteurs étiologiques et classification 81

— CHAPITRE XII
Considérations thérapeutiques 87
A — RESULTATS 87
B — COMMENTAIRES 89

— CONCLUSION 95

— OBSERVATIONS 97

— BIBLIOGRAPHIE 107

Vu :
Nancy, le 13-11-67

Le Président de Thèse,
Pr. NEIMANN

Autorisé à soutenir et à imprimer la Thèse
Nancy, le 13-11-67

Le Doyen,
Professeur A. BEAU